

SINTEF A246

RAPPORT

Kommunale tjenester for barn, unge og familier: samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer

Reidun Norvoll, Helle Wessel Andersson, Marian Ådnanes og Solveig Osborg Ose

SINTEF Helse

Juli 2006

**SINTEF****SINTEF Helse**

Postadresse:
 Pb 124, Blindern, 0314 Oslo/
 7465 Trondheim
 Telefon:
 40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)
 Telefaks:
 22 06 79 09 (Oslo)
 73 59 63 61 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

**Kommunale tjenester for barn, unge og familier:
 Samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet
 mot de med psykiske problemer**

FORFATTER(E)

Reidun Norvoll, Helle Wessel Andersson, Marian Ådnanes og
 Solveig Osborg Ose

OPPDRAKSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. A246	GRADERING Åpen	OPPDRAKSGIVERS REF. Trond Ø Christensen	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-04013-2 978-82-14-04013-5	PROSJEKTNR. 78i06030	ANTALL SIDER OG BILAG 95
ELEKTRONISK ARKIVKODE i:\ph\prosjekt\78i06030		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Helle Wessel Andersson	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 1. august 2006	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, forskningssjef	

SAMMENDRAG

Hovedmålene i dette prosjektet er:

1. Å kartlegge og beskrive samordningsmodeller for kommunale tjenester for barn, unge og deres familier.
2. Å Kartlegge og beskrive kommunale lavterskeltilbud for barn og unge med psykiske problemer

Undersøkelsen er basert på spørreskjema besvart av nøkkelinformanter i 98 kommuner, og intervju med fagpersoner fra et mindre utvalg kommuner. Kartleggingsundersøkelsen har gitt oversikt over en rekke forhold relatert til samordning av tjenester for barn, unge og familier, samt en oversikt over i hvilken grad kommunene har etablert lavterskeltilbud for psykiske problemer. Gjennom denne kvalitative tilnærmingen har vi kunnet utdype enkelte modeller og tilbud.

Både når det gjelder samordningsmodeller og lavterskeltilbud er det er variasjoner mellom kommuner i forhold til hvor bevisst de arbeider, - og hvor langt de har kommet med å utvikle særskilte modeller og tilbud. Noen kommuner har eksplisitt tenkning, tiltaksmodeller og erfaring fra disse områdene. Andre presenterer en mer tradisjonell tenkning, eller en opplevelse av å "famle" når det gjelder hvordan de skal utforme et godt helhetlig og tverrfaglig tilbud til barn, unge og familier.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Barn og unge	Children and adolescents
GRUPPE 2	Psykisk helse	Mental health
EGENVALGTE	Tjenester	Services
	Samordning/samarbeid	Coordination/collaboration

Forord

Denne rapporten er utarbeidet for Sosial- og helsedirektoratet, og er et ledd i gjennomføringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse. De to hovedmålene i prosjektet er å gi en oversikt over kommunale samordningsmodeller rettet mot barn, unge og familier, samt å kartlegge lavterskeltilbud for barn og unge med psykiske problemer. Disse målene representerer henholdsvis tiltak 77 og tiltak 66 i Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003).

Prosjektet har hatt en referansegruppe med representanter fra Kommunenes sentralforbund, Barne- og likestillingsdepartementet, Utdanningsdirektoratet, Organisasjonen Voksne for barn, og Regionsenteret for barn og unges psykiske helse Øst Sør. SINTEF Helse ønsker å takke referansegruppen for gode innspill i forbindelse med prosjektgjennomføringen.

Trondheim 1.august 2006

Helle Wessel Andersson
Prosjektleder

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Innholdsfortegnelse	5
Sammendrag	11
1 Innledning	23
1.1 Helsepolitiske mål.....	23
1.2 Samordningsmodeller	23
1.3 Lavterskeltilbud.....	24
1.4 Mål	24
1.5 Problemstillinger	25
1.6 Metodiske tilnærminger.....	26
1.7 Kvantitativ kartleggingsundersøkelse	26
1.7.1 Utvalget kommuner.....	26
1.7.2 Fremgangsmåte kartleggingsundersøkelsen.....	26
1.7.3 Representativitetsanalyse kommuneutvalget	27
1.7.4 Geografisk spredning	27
1.7.5 Kommunestørrelse	28
1.7.6 Sentralitet	28
1.7.7 Økonomisk spredning	29
1.7.8 Oppsummering representativitetsanalyse	30
1.8 Kvalitative intervju	31
1.8.1 Valg av kommuner til intervjuundersøkelsen.....	31
1.8.2 Gjennomføring av intervjuene.....	31

2 Samordning av tjenester for barn, unge og familier	33
Resultater kvantitativ undersøkelse	33
2.1 Tjenester som inngår i formelt samordnet tilbud	33
2.2 Tjenester som inngår i uformelt samarbeid	34
2.3 Psykososiale tiltak og kompetanse i kommunale tjenester	35
2.3.1 Tjenester med psykososiale tiltak	35
2.3.2 Psykososial kompetanse i kommunene	36
2.3.3 Kommunenes vurdering av det psykososiale tilbudet	38
2.4 Kommunale samordningsmodeller	38
2.4.1 Type samordningsmodell	39
2.4.2 Organisering av samordningsmodellene	39
2.5 Det faglige tilbudet	43
2.5.1 Formell kompetanse	43
2.6 Tilgjengelighet til den samordnede tjenesten	44
2.7 Vurdering av samordningsmodellene	44
Resultater kvalitativ undersøkelse	47
2.8 Kommunenes satsing på helhetlige, tverrfaglige og samordnede tilbud i kommunen	47
2.9 Ulike samordningsmodeller i utvalgte kommuner	48
2.9.1 Samordning av forebyggende tiltak på tjenestenivå	49
2.9.2 Samordning gjennom barn- og familieenheter	50
2.9.3 Samordning gjennom tverrfaglige team på ulike organisasjonsnivå	52
2.9.4 Samordning gjennom egen tverrfaglig koordinator	53
2.9.5 Samordning gjennom internettprogram	54
2.9.6 Samordning gjennom familiesenter etter egen modell eller områdebasisteam	54
2.10 Samarbeid med andre tjenester	56
2.11 Barrierer og suksessfaktorer for samarbeid	58
2.12 Vurdering av effekter av samordningsmodeller	61
2.12.1 Effekter for brukerne?	61
3 Lavterskeltilbud	63

Resultater kvantitativ undersøkelse	63
3.1 Kvantitativt perspektiv	63
3.1.1 Hvor mange kommuner har lavterskeltilbud rettet mot barn og unge med psykiske problemer og deres familier.....	63
3.1.2 Om kommuner som ikke har aktuelle lavterskeltilbud	63
3.1.2.1 Behovsutredning og behov for lavterskeltilbud.....	64
3.1.2.2 Hvor får barn og unge med psykiske problemer hjelp dersom kommunen ikke har lavterskeltilbud?.....	65
3.1.3 Om kommuner som har lavterskeltilbud rettet mot psykiske problemer.....	67
3.1.3.1 Brukere av kommunale lavterskeltilbud.....	68
3.1.3.2 Hvilke tjenester samarbeider om lavterskeltilbud	73
3.1.3.3 Yrkesfaglig kompetanse og årsverk knyttet til lavterskeltilbudet.....	73
Resultater kvalitativ undersøkelse	77
3.2 Ulike former for lavterskeltilbud i utvalgte kommuner,	77
3.2.1 Innledning	77
3.2.2 Kommunenes tenkning og tilnærming til barn og unge med psykiske problemer	77
3.2.3 Hvilke ulike typer lavterskeltilbud finnes i kommunene?	78
3.2.3.1 Forsterket helsestasjon for barn og unge	79
3.2.3.2 Forsterket ungdomskontakt eller utekontakt.....	81
3.2.3.3 Psykisk helsetjeneste uten aldersgrense	83
3.2.3.4 Ulike team rettet mot barn, unge og deres familier.....	84
3.2.3.5 Psykologtjenester.....	87
3.2.3.6 Egne tverrfaglige vurderingsgrupper/tiltaksgruppe	88
3.2.4 Samarbeid med andre.....	89
3.2.5 Vurdering av sekundærforebyggende lavterskeltilbud og behovet for dette i kommunen	90
4 Referanser	95

Tabell 2.1 Type samordningsmodell.	39
Tabell 2.2 Kommunenes vurdering av det tverrfaglige samarbeidet i samordningsmodellene.....	42
Tabell 2.3 Er det lagt til rette for god tilgjengelighet til den samordnede tjenesten?	44
Tabell 2.4 Har tjenestetilbudet geografisk nærhet til barnehage, skole eller andre servicetilbud?	44
Tabell 2.5 Alt i alt, hvordan vurderer kommunene samordningsmodellen?.	45
Tabell 3.1 Er behovet for et lavterskeltilbud utredet?.....	64
Tabell 3.2 I hvor stor grad er det behov for et lavterskeltilbud nå?.....	64
Tabell 3.3 Kommunenes oversikt over brukere av lavterskeltilbud fordelt på ulike aldersgrupper.	69
Tabell 3.4 Kommunenes oversikt over brukere av lavterskeltilbud fordelt på lengden av tiltaksperioder.	70

Figur 1.1 Antall kommuner i hvert fylke i utvalget som prosent av antall kommuner i fylket.	27
Figur 1.2 Prosentvis fordeling i populasjon og utvalg på ulike størrelser på kommunene.	28
Figur 1.3 Fordeling i populasjon og utvalg i forhold til sentralitet.	29
Figur 1.4 Fordeling i populasjon og utvalg i forhold til inntekter.	31
Figur 2.1 Tjenester som inngår i formelt samordnet tilbud.	34
Figur 2.2 Tjenestenes involvering i uformelt samarbeid.	35
Figur 2.3 Kommunale tjenesters grad av psykososiale tiltak rettet mot barn/unge og deres familier.	36
Figur 2.4 Personell med psykososial kompetanse i kommunen.	37
Figur 2.5 Andre fagpersoner i kommunen som har psykososial kompetanse.	38
Figur 2.6 Hovedansvarlig for samordningsmodellen.	39
Figur 2.7 Former for samarbeid mellom kommunen og andrelinjetjenesten (BUP)	41
Figur 2.8 Vurdering av hvilke faktorer som er viktige for at det tverrfaglige samarbeidet skal fungere. .	42
Figur 2.9 Formell kompetanse hos faglig ansvarlig eller koordinator for samordningsmodellen.	43
Figur 3.1 I hvor stor grad er det behov for et lavterskeltilbud nå?	65
Figur 3.2 I hvilken grad har følgende tjenester/aktører etablerte tiltak rettet mot barn og unge med psykososiale problemer?	66
Figur 3.3 I hvilken grad har følgende tjenester /aktører etablerte tiltak rettet mot familier med psykososiale problemer?	67
Figur 3.4 Når ble lavterskeltilbudet etablert?	68
Figur 3.5 Fordeling av brukere i ulike aldersgrupper i prosent.	69
Figur 3.6 Fordeling av antall brukere etter tiltaksperiode i 2005.	70
Figur 3.7 Fordeling på ulike henvendelsesgrunner i 2005 for gutter og jenter.	71
Figur 3.8 Fordeling på ulike henvendelsesgrunner i 2005 for familier.	72
Figur 3.9 Hvilke tjenester samarbeider om lavterskeltilbudet?	73
Figur 3.10 Prosentvis fordeling på ulike årsverk i lavterskeltilbudene.	74
Figur 3.11 Ansattes formalkompetanse fra kurs/ videreutdanninger.	75

Sammendrag

Denne undersøkelsen har to hovedmål:

1. Å kartlegge og beskrive samordningsmodeller for kommunale tjenester for barn, unge og deres familier.
2. Å kartlegge og beskrive kommunale lavterskeltilbud for barn og unge med psykiske problemer.

Samordning defineres som formalisert, forpliktende tverrfaglig organisering av tjenester.

Lavterskeltilbud defineres som en tjeneste som tilbyr sekundærforebyggende tiltak, - med mål om å hindre at problemer vedvarer eller videreutvikles. Tiltakene er rettet mot definerte grupper; barn, unge eller familier som oppfattes å være i risiko for å utvikle psykiske problemer. Tjenesten er lett tilgjengelig, ved at en kan henvende seg direkte uten henvisning, og ved at tiltak tilbys uten venting og lang saksbehandling.

METODE

Kartleggingsundersøkelsen er basert på både kvantitative og kvalitative metodiske innfallsvinkler. Målet med den kvantitative kartleggingsundersøkelsen har vært å fremskaffe oversikt over en rekke forhold relatert til samordning av tjenester for barn, unge og familier, samt å gi en oversikt over kommuner som har lavterskeltilbud for personer med psykiske problemer.

Det kvantitative datamaterialet er basert på et spørreskjema som er besvart av nøkkelinformanter i 98 kommuner. Svarprosent i undersøkelsen er 77 prosent. Undersøkelsen har en begrensning ved at ikke storbyer er representert.

Det er foretatt kvalitative intervju i kommuner som gjennom den kvantitative undersøkelsen har presentert en formalisert samordningsmodell for tjenester rettet mot barn, unge og familier, og/eller et lavterskeltilbud for psykiske problemer. Gjennom den kvalitative tilnærmingen, som er basert på dybdeintervju med fagpersoner fra 17 kommuner, har vi kunnet utdype enkelte modeller og tilbud. For noen kommuner tar lavterskeltilbudet form som en samordnet modell av tjenester. Momenter som har fremkommet i de ulike intervjuene er derfor delvis overlappende. Dette betyr at kommunene gjerne har samordningsmodeller og lavterskeltilbud som er integrerte.

SENTRALE FUNN

Samordning av tjenester

I det følgende besvarer vi de konkrete problemstillingene i prosjektet relatert til samordning av tjenester. Resultatene som gjengis er basert på informasjon både fra den kvantitative og den kvalitative delstudien.

HOVEDPROBLEMSTILLING

1. Er noen av tjenestene som er rettet mot barn, unge og familier, samordnet?

Av de 98 kommunene i utvalget er det 70 som har svart at de har en eller flere formelle samordningsmodeller i sin kommune.

I alt 90 av de 98 kommunene oppgir at de har uformelle samarbeidsmåter, som bidrar til å styrke samordningen av et helhetlig tjenestetilbud til målgruppen.

Data fra intervjuundersøkelsen viser at det er stor variasjon mellom kommunene. Noen har utviklet en særskilt modell, og de som ikke har dette har allikevel formalisert samarbeid eller mange ulike tverrfaglige tiltak. Samordningen kan også ta form som et formalisert *samarbeid*, mer enn en eksplisitt samordningsmodell. Det formaliserte samarbeidet får imidlertid stor betydning for hvordan kommunene samordner arbeidet.

De ulike samordningsmodellene eller formaliserte samarbeidsmåtene har noe ulik lokal profil i den enkelte kommune. De har samtidig også visse likheter som gjør at de kan grupperes som ulike former for samordningsmåter (f eks "Fra SLT til positivt oppvekstmiljø"; Ressursteam på ledernivå; Samarbeidsteam; Tverrfaglig lederteam; Områdebasis- team; Egen barn- og familieenhet), eller mer spesifikke samordningsmodeller (f eks Samordning av forebyggende tiltak fra ulike tjenester; Samordning gjennom barn- familieenheter; Samordning gjennom tverrfaglige team på ulike organisasjonsnivå; Samordning gjennom egen tverrfaglig koordinator, Familiesenter, eller områdebasissteam etter egen modell).

Tjenester som tradisjonelt ligger nær hverandre i oppfølging og tilbud til barn og unge, er de som hyppigst samarbeider i formelle modeller *og* mer uformelt. I første rekke dreier dette seg om barnevern, helsestasjon, PPT og dels også skolehelsetjeneste.

2. Hvilke av kommunenes tjenester omfatter psykososialt arbeid for barn, unge og familier?

I de mest sentrale tjenestene, rettet mot barn og unge i kommunene, rapporteres det om relativt høy grad av psykososiale tiltak. To av tre kommuner oppgir at det er helsesøstre, psykiatriske sykepleiere og høyskoleutdannede med relevant tilleggsutdanning som i størst grad representerer den kommunale psykososiale kompetansen i forhold til arbeid med barn og unge.

Over halvparten av de 98 kommunene oppgir at det eksisterende psykososiale tilbudet ikke er tilstrekkelig. I de kommunene som *har* en formell samordningsmodell oppfattes det psykososiale tilbudet som mer tilstrekkelig enn i de kommunene som *ikke* har slik modell.

1. Hvem er involvert, og hva karakteriserer det faglige tilbudet?

De mest sentrale faggruppene i samordningsmodellene er barnevernspedagoger, helsesøstre, sykepleiere og pedagogisk-psykologisk personell. BUP inngår i en fjerdedel av modellene, og er representert med psykologer, psykiatere og høgskoleutdannet personell (med relevant videreutdanning).

Kommunene oppgir at 73 av de 89 samordningsmodellene har en spesifikk faglig ansvarlig/ koordinator. I en av tre modeller er det helsesøster som har dette ansvaret. I de øvrige er det mange faggrupper som er representert som ansvarlig.

Samordningsmodellene omfatter både primær- og sekundærforebyggende arbeid. Tiltakene er ofte rettet mot barn og unge og familier som har "problemer" og "de som sliter".

2. Hva karakteriserer tverrfaglig organisering?

I en av tre tilfeller er ansvaret for samordningsmodellene plassert i egen enhet med egen leder, mens i en fjerdedel av tilfellene er ansvaret fordelt på ansatte innen de ulike tjenestene som samarbeider. Av de 89 samordningsmodellene er det 62 som er organisert som tverrfaglige team.

I underkant av en tredjedel av samordningsmodellene har en egen koordinator som leder det tverrfaglige samarbeidet. Kartleggingen viser at to av tre samordningstiltak inngår i den vanlige tjenestevirksomheten. Av de 89 samordningsmodellene er det 17 som har et samarbeid med andre kommuner.

Andrelinjetjenesten, hovedsakelig ved BUP, deltar i 32 av de 89 samordningsmodellene. Den vanligste samarbeidsformen mellom kommunene og BUP er formaliserte samarbeidsmøter. I de 30 av de 32 samordningsmodellene der andrelinjetjenesten deltar, vurderes det som viktigst for samarbeidet at det er utarbeidet formaliserte rutiner for dette samt at man har ulike fagtradisjoner som utfyller hverandre.

I forhold til 83 prosent av samordningsmodellene oppgir kommunene at de i stor grad, eller noen grad, er fornøyd med det tverrfaglige samarbeidet mellom involverte tjenester i modellen.

De kvalitative intervjuundersøkelsene har gitt utdypende opplysninger om utfordringer relatert til samarbeid mellom tjenester:

- *Fastleger.* Flere kommuner påpeker at samarbeidet med fastleger er dårlig, men at dette varierer i forhold til personlig kompetanse og interesse. Kommuner som har lyktes med å involvere fastlegen i samarbeid legger vekt på geografisk nærhet, og fastlegers deltagelse på helsestasjons og - skolehelsetjenesten som er viktige samarbeidsfremmende faktorer.
- *Sosialtjenesten.* Mange informanter fremhever et ønske om å involvere sosialtjenesten i formelt samarbeid, men opplever problemer med dette blant annet fordi sosialtjenesten avgrenser seg til å jobbe med voksne.
- *Skolene.* De ulike samordningsmodellene inkluderer skolene i ulik grad. Skolene har gjerne et høyt ønske om å delta i samarbeidet, men tjenesteytere opplever at det er vanskelig å nå ut til skolene.
- *BUP.* Erfaringene er også delte når det gjelder samarbeidet med andrelinjetjenesten (BUP, familievernkontor). Både kapasitetsproblemer i BUP, samt uklarhet og

uenighet om rollefordeling i forhold til behandlingsansvar trekkes frem som barrierer for effektivt samarbeid. Andre kommuner opplever et godt fungerende samarbeid med BUP.

- *Brukerne.* Flere av kommunene har et sterkt brukermedvirkningsfokus. Brukerundersøkelser og andre former for tilbakemeldinger brukes i utforming av tilbudet. Brukerne er imidlertid i mindre grad involvert i selve planleggingen av samordningsmodellen.

Basert på intervjuundersøkelsen presenteres en rekke faktorer som har betydning for å lykkes med tverrfaglig samarbeid:

- *En forpliktende og organisatorisk forankring.* Forpliktelsen bør nedfelles gjennom formelle vedtak og rutiner, og i tillegg uformelt i kulturen.
- *Etablert på grunnplanet.* Samordningen må etableres på grunnplanet i kommunen, hos de ansatte innenfor tjenestene.
- *Samlokalisering.* Undersøkelsen viser noen ulike synspunkter på betydningen av samlokalisering. "Samlokalisering er viktig, men ikke en nødvendighet for å få til et godt samarbeid".
- *Tydlig ledelse.* Betydningen av en tydelig ledelse av samordningsmodellen, og i tillegg en tydelig plassering av ansvar for utviklingsarbeider i kommunen fremheves.
- *Leder eller koordinator.* Det er ulike oppfatninger om det samordnede tilbudet skal ivaretas av en egen koordinator. I noen kommuner, og særlig de som har en koordinator fremholder at koordinatorstillingen er "essensiell"- eller "fryktelig viktig" for å sikre at tjenestene arbeider samordnet.
- *Økonomiske hensyn.* Noen kommuner mener at økonomiske hensyn kan være en barriere for samarbeid. Noen kommuner endrer på det økonomiske beslutningssystemet for å bidra til bedre samarbeidsmuligheter.
- *Felles verktøy/metoder.* Utvikling av felles verktøy eller metoder bidrar til bedre samordning av arbeidet og kulturen.
- *Felles kultur.* Informantene fremhever betydningen av at ledelsen i kommunen, som for eksempel rådmannen, tydelig signaliserer at samarbeid er viktig. For øvrig er kulturbygging gjennom arrangement av felles møteplasser, veiledning og kurs for de ansatte innenfor de ulike tjenestene ansett som et viktige samhandlingsfremmende faktorer.
- *Motivasjon.* Gode suksesshistorier kan virke motiverende på de ansatte. Et tiltak for å øke motivasjonen blant de ansatte er å legge vekt på at de ansatte involveres i utvikling av modellen på et tidlig stadium, og at de får medvirke i utformingen av tilbudet.

3. Er det lagt til rette for en god tilgjengelighet til tjenesten?

Når det gjelder tilgjengelighet rapporteres denne som god for 63 av de 89 modellene. For 63 av de 89 samordnede tjenestene oppgis at det er lagt til rette for en god tilgjengelighet, mens det i sju tilfeller ikke er det.

For litt under halvparten av de 89 samordnede tjenestene oppgis det at de har geografisk nærhet til barnehage, skole eller andre servicetilbud. Når det gjelder åpningstider følger disse de vanlig kommunale åpningstidene, stort sett fra 0800-1530, og at man i tillegg har åpent en eller to ettermiddager, og evt. kvelder.

Intervjumaterialet viser også at flere modeller representerer en tjeneste der brukere kan henvende seg direkte til de ordinære tjenestene, eller til avdelingen sentralt for å få hjelp. I modeller som har desentraliserte tilbud i nærmiljøet kan man henvende seg der. Disse tilbudene kan være på et familiesenter, på helsestasjonen eller på skolen.

I de fleste tilfellene er informasjon om tilbudet lagt ut på nettet. Det er også utviklet brosjyrer, eller gis orientering om tilbudet på informasjonsmøter til foreldre på helsestasjon, i barnehage og skole. Ingen av samordningsmodellene stiller krav om henvisning. Man kan ta direkte kontakt med de ordinære tjenestene eller teamene. Ofte er det andre tjenester, som skole eller barnehage, som kontakter tjenesten i samarbeid med barnet, ungdommen eller foreldrene.

4. Hvordan vurderer tjenestene selv samordningsmodellen, og effekter av samordningen?

Flertallet av de 89 samordningsmodellene vurderes som enten godt fungerende (54) eller svært godt fungerende (8). Ni av modellene fungerer sånn passe, og kun en rapporteres å fungere dårlig.

Intervjuundersøkelsen viser at kommuner som har de mest utarbeidede samordningsmodellene mener at dette har vært viktig for å få samordnet tjenestene bedre for brukerne. Tilgjengeligheten har økt, og ressurser utnyttes bedre.

Tverrfaglighet oppleves også som en spennende og utviklende arbeidsmåte, både for tjenesten og den enkelte tjenesteutøver. Det er imidlertid vanskelig å si noe om effekter for brukerne. Flere av informantene mener imidlertid at samordning av tjenester er spesielt viktig for å gi brukere med psykososiale problemer et helhetlig tilbud. Samordningen gir muligheter for å gi hjelp til familier som har behov for mer enn det generelle tilbudet.

Spesielt fremheves etablering av ulike team og familieråd som gode arbeidsformer for å gi et bedre tilbud.

Fordi tjenesten oppleves som mindre stigmatiserende for foreldre, enn for eksempel barnevern, er den lettere å oppsøke for familier som har behov for hjelp.

Lavterskeltilbud

I dette avsnittet bruker vi informasjon både fra den kvantitative og den kvalitative undersøkelsen og besvarer de konkrete problemstillingene i prosjektet.

HOVEDPROBLEMSTILLING

Hvor mange kommuner har lavterskeltilbud rettet mot psykiske problemer hos barn, unge og familier?

Vi finner at 33 av de 98 kommunene i utvalget (36 prosent) har lavterskeltilbud rettet mot psykiske problemer hos barn, unge og familier.

DELPROBLEMSTILLINGER SOM SØKES BELYST FOR KOMMUNER SOM IKKE HAR AKTUELLE LAVTERSKELTILBUD:

- 1. Har kommunen utredet behovet for et lavterskeltilbud for barn, unge og familier med psykiske problemer? Hvordan vurderes behovet for denne type tilbud å være nå?**

Få av kommunene uten lavterskeltilbud har utredet behovet for dette. Av de som svarer, sier 74 prosent at de ikke har utredet behovet for et tilbud. 13 av kommunene (26 prosent) svarer at de har utredet behovet eller at de planlegger utredning i 2006.

De fleste av de som ikke har et slikt tilbud, mener at tjenestebehovet i stor eller noen grad dekkes av eksisterende tjenester (55 prosent). 40 prosent av de uten tilbud, svarer at tjenestebehovet ikke er godt nok dekket av eksisterende tjenester eller at kommunen har et stort behov for et slikt tilbud.

2. Hvor får barn og unge med psykiske problemer hjelp?

I kommuner uten denne type lavterskeltilbud, er det vanlig at særlig ungdomshelsestasjonen og helsesøster/skolehelsetjeneste har etablerte tiltak rettet mot barn og unge med psykososiale problemstillinger. Når det gjelder tiltak rettet mot familier, er det særlig barnevernstjenesten og helsesøster/skolehelsetjeneste som i stor grad har etablerte tiltak rettet mot de med psykososiale problemer.

DELPROBLEMSTILLINGER FOR KOMMUNER SOM HAR AKTUELLE LAVTERSKELTILBUD:

3. Hva er tjenestens erfaringer med denne type tiltak?

Det er ulike erfaringer med de ulike tilbudsformene avhengig av kommunens virksomhet forøvrig. I en kommune fungerer for eksempel team-ordningen eller helsestasjonen bra, og tilbudet blir hyppig benyttet. I andre kommuner har de problemer med at de øvrige tjenestene og befolkningen ikke er kjent med tilbudet, eller benytter seg av dette i ønsket grad. Flere fremhever at det tar tid før tilbudet blir kjent og benyttet. De vektlegger derfor behovet for å markedsføre tilbudet i større grad. Noen kommuner erfarer at det er størst pågang til ungdomstilbudene. En årsak til dette kan være at kommunene har lengst tradisjon i forhold til å arbeide med ungdom på dette området.

En av de viktigste funksjonene til lavterskeltilbudet, utover det å gi direkte hjelp, er å være en "los" for barn, unge og deres foreldre videre i systemet. Flere sier også at viktige funksjoner i lavterskeltilbudet er å koordinere tjenestene. Tiltaket skal utgjøre et "lim" mellom de ulike tjenestetilbudene som blir benyttet over tid.

a) Hva er fordeler og evt. ulemper med å tilby en slik type tjeneste?

Fordelen med å tilby et lavterskeltilbud for psykiske problemer er at tjenesten kan tilby raske og adekvate tiltak. Brukere er ofte de som ellers ikke ville ha fått hjelp. Samtidig har tjenesten en viktig "los-funksjon" til andre tjenester. Ingen direkte ulemper blir beskrevet av informantene. Det er mer en diskusjon om lavterskeltilbudet skal være et separat tilbud, eller om det skal inngå i den ordinære tjenesten. Meningene om dette er delte, og det vil være fordeler og ulemper med begge organisasjonsmåtene. Et tilbud utenfor den ordinære tjenesten kan lett bli for løsrevet eller satelittpreget. Samtidig kan en slik organisering være med på å utfylle øvrige tjenester. Ved å integrere lavterskeltilbudet i den ordinære tjenesten kan man benytte personer fra de øvrige tjenestene, og de vil slik kunne beholde sin faglige plattform. En integrert tjeneste gir imidlertid ikke like gode muligheter for spesialisering i psykososialt arbeid med barn og unge.

b) Hva er behovet for denne typen tjeneste?

Behovet for tjenestene fremstår som stort, selv om det kan være vanskelig å si noe om de konkrete effektene av tilbudene. Noen få mener at tilbudet er utilstrekkelig, og andre forteller at de planlegger å styrke kapasiteten ved det eksisterende tilbudet i tiden fremover. Andre kommuner som har lavterskeltilbud mener at tilbudet er tilstrekkelig eller godt nok selv om det alltid kan bli bedre.

Noen mener også at det finnes gode tilbud for ungdom, men at tilbudet til de mindre barna ikke er godt nok utbygd.

c) Hvordan vurderes effekten av tiltak?

Fordi kommunene ikke har gjennomført systematiske evalueringsstudier, er det vanskelig å vurdere effekten av lavterskeltilbudet for de med psykososiale problemer. Kommunene er også selv usikre på effekten, men det synes som at brukerne har nytte av tilbudet. Blant annet kommer dette til uttrykk gjennom brukerundersøkelser. Effekten av tilbudet er avhengig av alvorlighetsgrad. Det kan være vanskelig å endre omfattende og langsiktig problematikk. I tillegg kan det være vanskelig å måle effekten når hjelpen ytes over en lang periode.

Flere kommuner sier at lavterskeltilbudene er viktige for å nå frem til, og for å kunne gi et tilbud til barn, ungdom og foreldre som vanligvis ville falt utenom andre tilbud. Problemene kan være for små til å falle inn under barnevern og BUP, eller for omfattende for helsestasjon og helsesøster. Uten lavterskeltilbudet kunne disse blitt stående uten et tilbud.

Lavterskeltilbudet kan også bidra til å oppdage barn og unge med psykososiale problemer på et tidligere tidspunkt. Gitt lang ventetid ved BUP, kan lavterskeltilbudet også fungere som en ressurs i ventetiden på behandling fra spesialisthelsetjenesten. I tillegg kan lavterskeltilbudet på ulike måter sile ut barn og unge som har behov for akutt behandling i BUP. Tjenesten i kommunene fungerer i slike tilfeller både som en buffer og en avlastning for BUP.

Skoler gir ofte tilbakemelding om at tilbudet er nyttig i deres arbeid med barn og unge som har psykososiale problemer. I en kommune har for eksempel psykososiale team bidratt som ekstern ressurs ved å styrke sosiallæreres rolle og trygge skolens forhold til barn og unge med psykiske problem.

d) Opplever tjenesten at de får tilstrekkelig veiledning fra spesialisthelsetjenesten?

BUP er den mest sentrale samarbeidspartner fra 2.linjetjenesten. Noen få kommuner fortalte at de eksplisitt har inkludert familievernkontoret på fylkesnivå i lavterskeltilbudet.

I noen kommuner er det dårlig samarbeid med BUP, og liten kontakt utenom faste årlige møter på generell basis. I andre kommuner arbeider BUP utadrettet og deltar i for eksempel både gjennom veiledning, fast plass i ulike team og involver seg aktivt i vurdering av enkeltsaker. Noen kommuner fortalte at BUP har blitt mer utadrettet mot kommunene de siste årene.

Årsaken til manglende tilgjengelighet kan være dårlig kapasitet i BUP. Lange ventelister kan gjøre det vanskelig å henvise barn og unge dit.

e) Mottas noe form for tilbakemelding fra spesialisthelsetjenesten?

Kommunene har ikke eksplisitt sagt noe om dette, men implisitt forstår vi at det er stor variasjon i hvordan spesialisthelsetjenesten involveres i arbeidet med

lavterskeltilbudet. Dette kan være avhengig av kapasiteten i BUP, BUP lederens profil og hvordan lavterskeltilbudet er utformet.

5. Beskrivelse av omfang og innhold i de ulike tilbudene

a) Når ble tilbudet etablert?

Med informasjon fra 30 av de 33 kommunene som har et lavterskeltilbud, finner vi at 10 kommuner har etablert tilbudet i 2001 og tidligere. Det er vanskelig å se et klart mønster, men det er flere som etablerte tilbud i 2002 enn i 2005. Utvalget er imidlertid for lite til å kunne si om dette er en systematisk trend.

b) Hvem og hvor mange mottok tiltak fra tjenesten i 2005 (antall brukere etter kjønn, alder, barn/ungdom alene, barn/ungdom med familie)

Det er ulik praksis i forhold til registrering av brukere. Vi fant at av de 33 kommunene med et lavterskeltilbud rettet mot denne brukergruppen, var det fem kommuner som visste totalt antall brukere, og 14 kommuner som visste både antall brukere og aldersfordelingen. Aldersinndelingen var gjort i ulike grupperinger, blant annet avhengig av hvordan tilbudet er utformet. Vi har plukket ut ni kommuner som ser ut til å ha komplett informasjon og vi finner følgende forhold:

Det er omtrent like mange gutter og jenter som mottok tiltak fra tjenesten i 2005.

Basert på informasjon om 872 brukere, finner vi at 44 prosent er i aldersgruppen 13-17 år og 13 prosent er i gruppen 18-20 år. En femtedel er 0-5 år og nesten en fjerdedel er i gruppen 6-12 år.

68 prosent av brukerne kommer i følge med voksne og 32 prosent kommer alene eller sammen med venner.

I gjennomsnitt har kommunene som har lavterskeltilbud 0,022 brukere per innbygger i alderen 0-20 år. Dvs i overkant av to prosent av alle barn og unge yngre enn 20 år, er brukere av kommunenes lavterskeltilbud. Denne informasjonen er basert på tall fra 19 av de 33 kommunene som har lavterskeltilbud.

c) Hvilke problemområder har brukerne?

Det er også få av kommunene som har registrert brukernes problemområder, og noe av forklaringen kan være at slike lavterskeltilbud i mindre grad legger vekt på diagnoser og symptomer. Vi har likevel informasjon fra åtte kommuner for totalt 456 barn og unge og 267 familier.

For barn og unge er vanligste henvendelsesgrunnene til lavterskeltilbudene i utvalget samspillsvansker, atferdsvansker/aggressivitet og psykiske problemer hos mor eller far.

Over 30 prosent av familiene som får hjelp ved lavterskeltilbudene kommer pga psykiske problem hos mor eller far. Samarbeidsproblemer om barna og samlivsbrudd er også viktige årsaker til at familier har kontakt med lavterskeltilbudet.

d) Hvor lange er tiltaksperiodene for brukerne? a) Antall som mottok 1 konsultasjon, b) Antall med tiltaksperiode fra 1-2 mnd., c) Antall med tiltaksperiode opptil 1 år, d) Antall med tiltaksperiode over ett år.

Det er svært få som har oversikt over brukere fordelt på lengden på tiltaksperioden. Sju av kommunene vet fordelingen på ulike tiltaksperioder. 30 prosent sier at statistikk mangler, og 3 kommuner sier de vil få oversikt over dette etter hvert. Om vi bruker de sju kommunene som har denne informasjonen, finner vi følgende fordeling.

Over halvparten av brukerne har tiltaksperioder som varer mellom 3 og 12 måneder (56 prosent). Tretten prosent har én konsultasjon, og 14 prosent mottar tiltak i over ett år. Resten av brukerne har tiltaksperiode på mellom en og to måneder (17 prosent).

6. Beskrivelse av ressurser og kompetanse

a) Hvor mange årsverk er knyttet til tilbudet?

En del av kommunene synes det er vanskelig å tallfeste antall årsverk knyttet til lavterskeltilbudene. Dette har sammenheng med ulik organisering og innhold i tjenestene og at de som arbeider der kan ha funksjoner i andre stillinger. 26 av de 33 kommunene som har lavterskeltilbud har svart på spørsmål om årsverksinnsatsen.

Totalt er det 112 årsverk knyttet til lavterskeltilbudene i disse 26 kommunene. Dette gir et gjennomsnitt på 4,3 årsverk per kommune.

Helsesøstre står for mer enn 20 prosent av årsverksinnsatsen, og er dermed den største yrkesgruppen i lavterskeltilbudene. Psykiatriske sykepleiere og psykologer står for omtrent 14 prosent hver av årsverkene. Barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere er også relativt godt representert i tilbudene, mens få logopeder, fysioterapeuter og leger er knyttet til lavterskeltilbudene.

b) Hvilke aktører og tjenester er involvert, og hvilken fagbakgrunn/kompetanse har disse?

Det er særlig helsestasjonen, skolehelsetjenesten, ungdomshelsestasjonen og barnevernet som samarbeider om lavterskeltilbud. De minst involverte aktørene er SFO og sosialtjenesten.

De aller fleste kommunene svarer at ansatte ved lavterskeltilbudene har formalkompetanse innen veiledning - konsultasjonsteknikker, samtalemetode/teknikk og løsningsfokusede modeller (LØFT). Mange har kompetanse innen atferdsvansker, foreldresamarbeid, nettverksjobbing og familierapi.

GENERELT OM LAVTERSKELTILBUDENE I KOMMUNENE

Barn og unge er en viktig del av den kommunale virksomheten. Lavterskeltilbudene er ofte en del av en helhet som utgjør kommunenes primær- og sekundærforebyggende arbeid. Kommunene kan ha flere ulike lavterskeltilbud, og det er ofte en nær sammenheng mellom samordningsmodell og lavterskeltilbud ved for eksempel at lavterskeltilbudet ivaretar den tverrfaglige samordningen av tjenestene. Lavterskeltilbudene kan også være integrert i kommunenes samordningsmodeller. Kommunene i utvalget beskriver mange ulike typer lavterskeltilbud rettet mot definerte grupper, barn, unge eller familier. Tiltakene/tilbudene er forsterkninger av tradisjonelle tjenester gjennom personell med psykososial kompetanse, opprettelse av ulike former for team og tverrfaglige ressursgrupper.

Samlet vurdering

Kommunal satsing på barn og unge

Det har vært økende fokus og satsning på barn og unge og deres psykososiale behov og problemer i de siste årene. En stor andel av kommunene relaterer den økte satsingen til opptrappingsplanens vekt på barn og unge. Denne satsingen integreres med kommunenes øvrige virksomhet eller skilles ut som en særskilt satsing.

Utviklingen av særskilte modeller og tilbud

Både i forhold til samordningsmodeller og lavterskeltilbud er det forskjeller mellom kommunene i forhold til hvor bevisst de arbeidet, - og hvor langt de har kommet i å utvikle særskilte modeller og tilbud. Noen kommuner har eksplisitt tenkning, tiltaksmodeller og erfaring med disse områdene. Andre presenterer en mer tradisjonell tenkning, eller en opplevelse av å "famle" når det gjelder hvordan de skal utforme et godt helhetlig og tverrfaglig tilbud til barn og unge i kommunen. Det er også ulikhet i hvorvidt kommunen er "gjennomsyret" av en slik helhetlig tverrfaglig tenkning, og hvorvidt samordningsmodellen tar form som et avgrenset tiltak.

Ulik tenkning i forhold til intensjonene i Opptrappingsplanen

Det er også noe ulik tenkning i kommunene i forhold til intensjonene i opptrappingsplanen. Noen kommuner synes å gå i retning av en "sær - psykiatrisk tjeneste", som i større grad er preget av at spesialisthelsetjenestenes tenkning flyttes ut i kommunen, eks. oppdage "patologi" tidligere. Andre kommuner velger et bredere psykisk helse perspektiv, med en bredere forståelse av psykososial problematikk.

Gjennom kommunenes beskrivelser av barn og unges og deres families problemer, gjenspeiles også viktigheten av sosiale levekår og familieforhold, og av brede og overordnede primærforebyggende tiltak. Mange av problemene, som for eksempel skolevegring, angst og sorg, har sammenheng med de grunnleggende levekårene som barn og unge har. Dette gjør at kommunene er opptatt av samvirket mellom det primær- og sekundærforebyggende arbeidet, og av viktigheten av å ha et bredt tverrfaglig samarbeid.

I noen kommuner er man kjent med familiesentermodellen, men har heller valgt en satsning gjennom koordinering av ulike tiltak. I en kommune med full barnehagedekning, har man valgt å knytte arbeidet opp mot de barnehagene som finnes i kommunen. Familiesentermodellen oppleves her å ikke passe inn i kommunenes geografiske og organisatoriske utforming. Mange kommuner har imidlertid tatt med seg flere av prinsippene fra familiesentermodellen inn i sine lokale løsninger.

Mange lavterskeltilbud for psykiske problemer inngår i kommunens forebyggende virksomhet generelt. Det synes også som at flere forsterkede lavterskeltilbudet fanger opp "mellomproblemer", dvs. problemene er for små til angå BUP og barnevern, men for store til at helsesøster synes at de makter det alene - en form for halvannen linje tjeneste nesten. Et eksempel er "psykologisk forebyggingsteam". Den økte satsingen er også resultat av opptrappingsplanen i de fleste kommunene. Det synes som at lavterskeltilbudet forsterkes gjennom økt tverrfaglighet og ved økt antall psykologer eller personell med psykososial kompetanse. Hvordan kommunene velger å bruke satsingen i form av styrking av tradisjonelle tjenester eller å opprette egne team varierer.

Det er variasjoner mellom kommunene i forhold til hvor eksplisitt de satser på helhetlig og tverrfaglig samordning, på hvilket nivå (ledelse, enhetsnivå eller ulike utøvende team), og hvor klare modeller de har. Dette sistnevnte varierer fra formalisert samarbeidsordninger til

mer eksplisitt modelltenkning som egen familiesentermodell. Det er også forskjeller mellom kommunene i forhold til grad av satsing psykososiale tilbud barn og unge, - fra aktiv satsing gjennom nybrottsarbeid, til mer tradisjonelt arbeid innenfor de ordinære tjenestene. Det er ofte likheter mellom samordningsmåtene og lavterskeltilbudene, selv om de har ulike navn og organiseres ulikt.

Resultater i denne undersøkelsen bekrefter funn i andre nye undersøkelser på feltet som viser at det er aktiv satsing på psykisk helse i kommunene, om enn i varierende grad, og videre at ordinære tjenester som helsesøster mv utfører en stor del av satsingen i opptrappingsplanen i forhold til barn og unge (Steihaug m fl. 2006).

1 Innledning

1.1 Helsepolitiske mål

Opptrappingsplanen for psykiske helse (St prp. nr 63, 1997-98; St prp. nr 1, 2003-2004) har som mål å utvikle effektive forebyggende tiltak for å forhindre at psykiske problemer utvikler seg. I tillegg legges det vekt på at de som allerede har utviklet psykiske problemer skal få adekvat hjelp og behandling til rett tid. En stor del av den forebyggende virksomheten er knyttet til det kommunale nivået. For barn og unge er det satt fokus på en forbedring av de kommunale tiltakene gjennom økt kapasitet i helsestasjon - og skolehelsetjenesten, og ved en styrking av psykososiale tjenester. I tillegg er utvikling av samordnede lavterskeltilbud presentert som nye forebyggende tiltak (Sosial- og helsedirektoratet, 2003). Betydningen av helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenester for personer med sammensatte behov er understreket.

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003) er en forsterkning av Opptrappingsplanen i forhold til tiltak for økt satsning på barn og unges psykiske helse. Planen, som presenterer 100 konkrete tiltak for å styrke barn og unges psykiske helse, bygger på flere perspektiver, der helhetsperspektivet blant annet handler om organisering og samhandling mellom tjenester, kontinuitet og oversikt samt tilgjengelighet til tjenester.

1.2 Samordningsmodeller

Kommunene står fritt til å velge organisatoriske modeller, men forutsettes å gjøre valg av, - eller utvikle modeller som fremmer god og effektiv samordning mellom tjenester. Dette for å sikre at den enkelte bruker får et helhetlig og sammenhengende tilbud (Regjeringens strategiplan, tiltak 77).

Flere kommuner har valgt å satse på "Familiesentermodellen", som en formalisert modell for tverrfaglige og samordnede tiltak rettet mot barn unge og deres familier. Et familiesenter er tuftet på en ideologisk/teoretisk ide som i praksis varierer. Modellen forutsetter imidlertid et lavterskeltilbud, der blant annet psykologisk, sosialfaglig og medisinsk kompetanse er lett tilgjengelig (Regjeringens strategiplan, 2003). Viktige aktører i familiesentermodellen er jordmor- og helsesøstertjenesten, barneverntjenesten, PP- tjenesten, barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), sosialtjenesten, barne- og familievernnet i Bufetat, politi og voksenpsykiatrien. I nettverksarbeidet legges det også stor vekt på samarbeid med frivillige organisasjoner (Haugland, 2005). Evaluering av modellen viser positive erfaringer i forhold til mer tilgjengelige og samordnede tjenester for barn, unge og deres familier (Haugland, Rønning, & Lenschow, 2005).

SLT¹- modellen er en annen form for samordning av tjenester. Modellen, som har en sentral forankring i kommunen, innebærer et forpliktende tverretattlig samarbeid mellom kommune, politi og andre offentlige etater, i det forebyggende arbeidet rettet mot uønsket atferd hos barn og ungdom. Modellen er etablert i om lag 140 kommuner. En fersk evalueringsrapport (Selbekk m. fl. 2005), presenterer en rekke positive erfaringer med SLT- arbeidet.

Kunnskap om utbredelse av *andre* former for formalisert samarbeid mellom kommunale tjenester rettet mot barn, unge og deres familier er per i dag mangelfull (Andersson m. fl., 2005).

1.3 Lavterskeltilbud

Tiltak 66 i Strategiplanen gjelder behovet for å utvikle kommunale lavterskeltilbud, og forebyggende tiltak for barn og unge som er i risikosituasjon for lettere psykiske problemer. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten representerer helsefremmende lavterskeltilbud, med ansvar for å drive primærforebyggende psykososialt arbeid. Det primærforebyggende arbeidet er rettet mot alle barn og unge, uansett risikosituasjon.

Kommunene har imidlertid også et viktig ansvar for tiltak overfor barn og unge som er i ferd med, - eller som allerede har utviklet psykiske problemer.

Eksempler på denne type lavterskeltilbud er Psykisk helsetjeneste barn og unge, Gyssestad gård, i Bærum kommune (Bærum kommune, 2005). Bærum kommune har satsset særlig på psykisk helse hos barn og unge blant annet ved etablering av dette tilbudet som eget tjenestested i 1999. Gyssestad gård er det lavterskeltilbud primært rettet mot barn i en risikosone og barn som er i ferd med å utvikle problemer. Tjenesten består av flere tiltak med en felles forebyggingsprofil.. Eksempler på slike tiltak er "Tidlig intervensjon" - psykologtjeneste for barn 0-6 år, "Tidlig intervensjon 18-20 år", "Spiseforstyrrelses teamet", og "Tidlig hjelp til barn med psykisk syke foreldre". Psykisk helsetjeneste på Gyssestad gård har for øvrig et nært samarbeid med helsestasjons- og skolehelsetjenesten, andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Erfaringer viser at et stort antall barn, unge og familier har behov for den hjelpen og de tiltakene som ytes fra Psykisk helsetjeneste, og at etterspørsel etter enkelte tiltak er økende. (Bærum kommune, 2005).

Det er grunn til å tro at behovet for et lavterskeltilbud for psykiske helseproblemer også er tilstede i andre kommuner. En allmenn, psykisk helsetjeneste for barn, unge og familier, som kan tilby sekundære forebyggende tiltak øker muligheten for å kunne gi adekvat hjelp på et tidlig tidspunkt, og vil også kunne lette presset på spesialisthelsetjenesten. Det er behov for en oversikt over i hvilken grad landets kommuner tilbyr tilsvarende lavterskeltilbud for barn og unge med psykososiale problemer, og større psykiske problemer (Andersson m. fl., 2005).

1.4 Mål

Som ledd i oppfølgingen av Opptrappingsplanen, og Regjeringens strategiplan, er det behov for mer kunnskap om hvordan kommunene har organisert sine tjenester for barn, unge og familier. Oversikter over kommunale samordningsmodeller for barn, unge og familier, og ulike lavterskeltilbud for barn og unge med psykiske problemer, er viktig i forhold til å skulle legge til rette for valg av gode løsninger, - samt for å kunne anbefale modeller og tiltak som fungerer godt.

¹ Samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak

Dette prosjektet har følgende to hovedmål:

- A. Kartlegge og beskrive samordningsmodeller for kommunale tjenester for barn, unge og deres familier.
- B. Kartlegge og beskrive kommunale lavterskeltilbud for barn og unge med psykiske problemer

Definisjon samordningsmodell

Samordning defineres som formalisert, forpliktende tverrfaglig organisering av tjenester. Fordi det allerede finnes mye kunnskap om "SLT- modellen" og "Familiesentermodellen" er målet for denne studien primært å beskrive andre former for samordning av kommunale tjenester.

Definisjon lavterskeltilbud

Lavterskeltilbud defineres som en tjeneste som tilbyr sekundærforebyggende tiltak, - der målet er å hindre at problemer vedvarer eller videreutvikles. Tiltakene er rettet mot definerte grupper, barn, unge, eller familier som oppfattes å være i risiko for å utvikle psykiske problemer. Tjenesten er lett tilgjengelig ved at en kan henvende seg direkte uten henvisning, og ved at tiltak tilbys uten venting og lang saksbehandling.

1.5 Problemstillinger

Følgende problemstillinger blir reist relatert til hovedmålene:

A: Samordningsmodeller

♦ *Til alle kommuner i utvalget:*

1. Hvilke av kommunens tjenester rettet mot barn og unge og deres familier gjelder psykososialt arbeid?
2. Er noen av tjenestene som er rettet mot barn, unge og familier, samordnet?

♦ *Til kommuner som har samordnede tjenester:*

3. Hvem er involvert, og hva karakteriserer det faglige tilbudet?
4. Hva karakteriserer tverrfaglig organisering?
5. Er det lagt til rette for god tilgjengelighet til tjenesten?
6. Hvordan vurderer tjenestene selv samordningsmodellen, og effekter av samordningen?

B: Lavterskeltilbud

♦ *Til alle kommuner i utvalget:*

1. Hvor mange kommuner har lavterskeltilbud rettet mot psykiske problemer hos barn og unge/familier?
2. Har kommunen utredet behovet for et lavterskeltilbud for barn, unge og familier med psykiske problemer, og hvordan vurderes behovet for denne type tilbud å være nå?
3. Hvor får barn og unge med psykiske problemer hjelp?

♦ *Til kommuner som har lavterskeltilbud for psykiske problemer:*

4. Når ble tilbudet etablert?
5. Hvem og hvor mange mottok tiltak fra tjenesten i 2005

6. Hvilke problemområder har brukerne?
7. Hvor lange er tiltaksperiodene for brukerne?
8. Beskrivelse av ressurser og kompetanse
9. Hva er tjenestens erfaringer med denne type tiltak?

1.6 Metodiske tilnærminger

Undersøkelsen er basert på både kvantitative og kvalitative metodiske innfallsvinkler. Det er foretatt en kvantitativ kartleggingsundersøkelse i et forholdsvis stort utvalg kommuner. Denne tilnærmingen, som er basert på et omfattende spørreskjema, gir et grunnlag for en oversikt over utbredelse av aktuelle samordningsmodeller og lavterskeltilbud. Gjennom skjemaet er det innhentet dokumentasjon vedrørende samordningsmodeller. Opplysninger om lavterskeltilbud for psykiske problemer er noe mer begrenset i omfang. Spørreskjemaet gir grunnlag for å besvare de fleste av problemstillingen som reises i prosjektet.

På bakgrunn av opplysninger fra kommunene som deltok i kartleggingsundersøkelsen ble det foretatt dybdeintervju med nøkkelinformanter i et utvalg kommuner. Intervjuundersøkelsen er gjennomført for å kunne gi utdypede beskrivelser av ulike kommunale modeller og tiltak, herunder beskrivelser av det faglige tilbudet, oppgavefordelingen mellom de ulike tjenestene og aktørene, relasjonen til det øvrige tjenestesystemet, samt tjenestens erfaringer med tiltakene.

I gjengivelser av informantenes svar og vurderinger brukes kommune som kortform for informant. Informanter i undersøkelsen er fagpersoner som er sentrale i forhold til kommunenes tiltak og tjenester for barn, unge og familier. Undersøkelsen har en begrensning ved at enkelte resultater er basert på vurderinger gjort av bare en representant fra de respektive kommunene.

1.7 Kvantitativ kartleggingsundersøkelse

1.7.1 Utvalget kommuner

Målet var å rekruttere 100 kommuner til deltagelse i undersøkelsen. Fordi vi regnet med at noen kommuner av ulike grunner ville være forhindret fra å delta, ble det sendt invitasjon om prosjektdeltagelse til i alt 130 kommuner. Kommunene i utvalget ble valgt ut for å få mest mulig informasjon om samordningsmodeller og lavterskeltilbud. Dette betyr at de minste kommunene i liten grad er med i utvalget da vi antok at de hadde lavest sannsynlighet for å ha slike tilbud. Utvalget er dermed intendert skjevt i forhold til kommunestørrelse.

Vi valgte primært ut de sju største kommunene fra hvert av landets fylker. Alle fylkene var representert med minst fem kommuner med mer enn 10 000 innbyggere. Vi unngikk å velge storbykommuner som Oslo, Trondheim, Bergen. Dette fordi organisering og samordning av tjenester, og hvordan dette fungerer, sannsynligvis i mindre grad kan generaliseres til mindre kommuner.

1.7.2 Fremgangsmåte kartleggingsundersøkelsen

Forespørsel om deltagelse i prosjektet ble sendt som brev til helse/ sosial sjef eller tilsvarende i kommunen. Det ble i tillegg sendt et orienteringsbrev til rådmannen. I brev til helse/ sosialsjef ba vi om en tilbakemelding om deltagelse i prosjektet, og navn og e-

postadresse til en nøkkelinformant for kommunen. Om lag halvparten av kommunene responderte på denne henvendelsen. Det ble tatt telefonisk kontakt med de øvrige kommunene for å få navn på informant for kommunen.

Det ble utarbeidet et spørreskjema for kartlegging av formaliserte samordningsmodeller for tjeneste som møter barn, unge og deres familier, og lavterskeltilbud rettet mot definerte grupper barn, unge og familier med psykiske problemer. Skjemaet ble utarbeidet i samråd med referansegruppen, og sendt til oppgitt nøkkelinformanter i kommunene.

1.7.3 Representativitetsanalyse kommuneutvalget

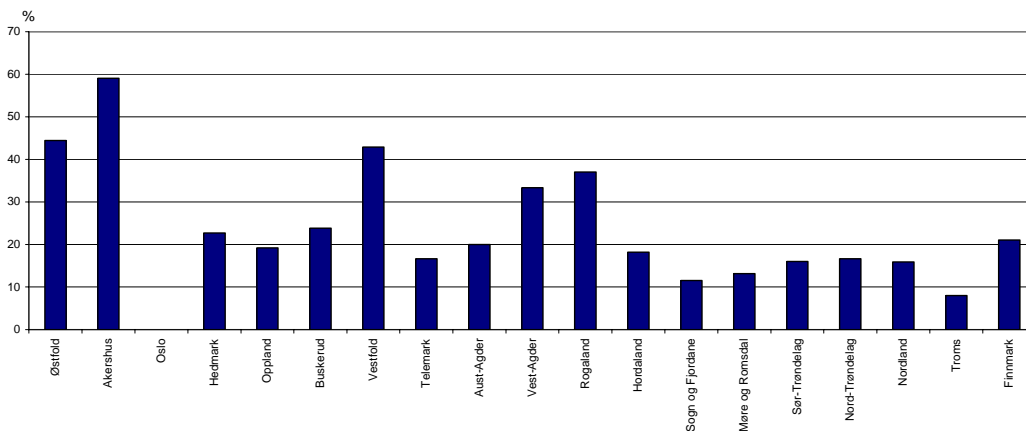
Totalt fikk vi svar fra 100 kommuner, dvs. en svarprosent på 77 prosent. To kommuner leverte imidlertid skjema såpass lege etter tidsfristen at opplysningene ikke kunne tas med i analysene. Datamaterialet omfatter altså 98 kommuner. I 2005 var det 433 kommuner i landet. Det betyr at omtrent 23 prosent av kommunene er representert.

For å kunne si noe generelt om resultatene fra utvalget vårt, må vi vite fordelingen på visse kjennetegn for utvalget, sammenliknet med alle kommunene i landet. Vi ser på geografisk spredning, fordeling ut fra antall innbyggere under 20 år, sentralitet og nivå på frie inntekter.

1.7.4 Geografisk spredning

Dersom ser kun på antall kommuner i hvert fylke uavhengig av størrelsen på kommunene, er i gjennomsnitt 23 prosent av kommunene representert, men det er relativt stor variasjon mellom fylkene, se figur 1.1.

Figur 1.1 Antall kommuner i hvert fylke i utvalget som prosent av antall kommuner i fylket.



I Akershus er nærmere 60 prosent av kommunene representert, mens det er bare 2 av 25 kommuner som representerer Troms (8 prosent). Akershus, Østfold, Vestfold, Rogaland og Vest-Agder er godt representert, mens blant andre Troms, Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal er representert i lavere grad. Oslo er ikke representert i denne analysen.

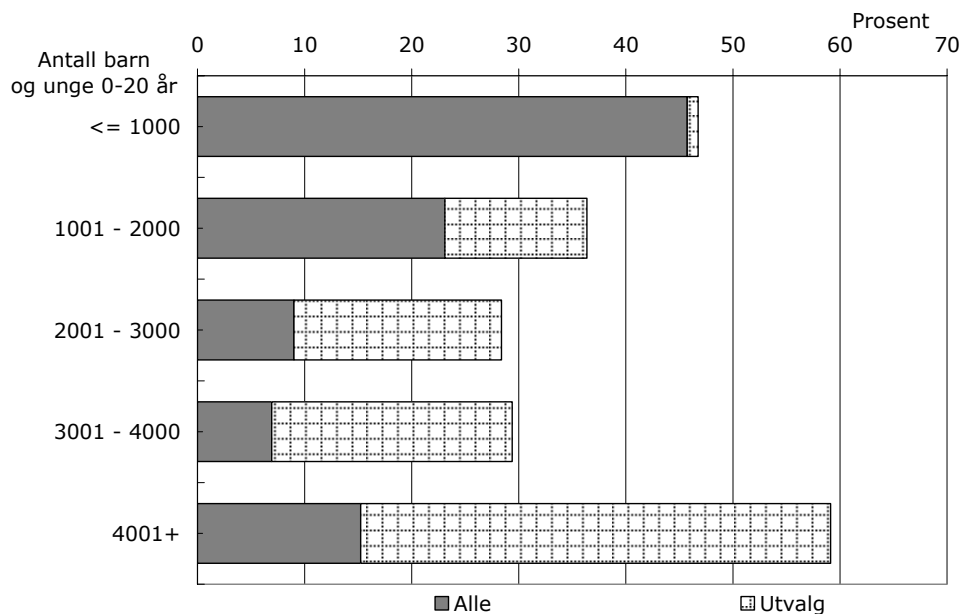
Forskjellene i deltakelse mellom fylker kan i stor grad forklares ut fra størrelsen på kommunene i de ulike fylkene. De fylkene som er godt representert er fylker med de største gjennomsnittskommunene (Akershus, Rogaland og Vestfold). Sogn og fjordane har de minste kommunene i gjennomsnitt og er dårligst representert i utvalget.

Fylkene med store kommuner har en større andel av kommunene representert sammenliknet med fylker med mindre kommuner.

1.7.5 Kommunestørrelse

Vi ser her på antall innbyggere mellom 0 og 20 år. For alle landets 433 kommuner (i 2005), er gjennomsnittlig antall innbyggere under 20 år, 2 768. For vårt utvalg er den samme størrelsen 4 942.

Figur 1.2 Prosentvis fordeling i populasjon og utvalg på ulike størrelser på kommunene.



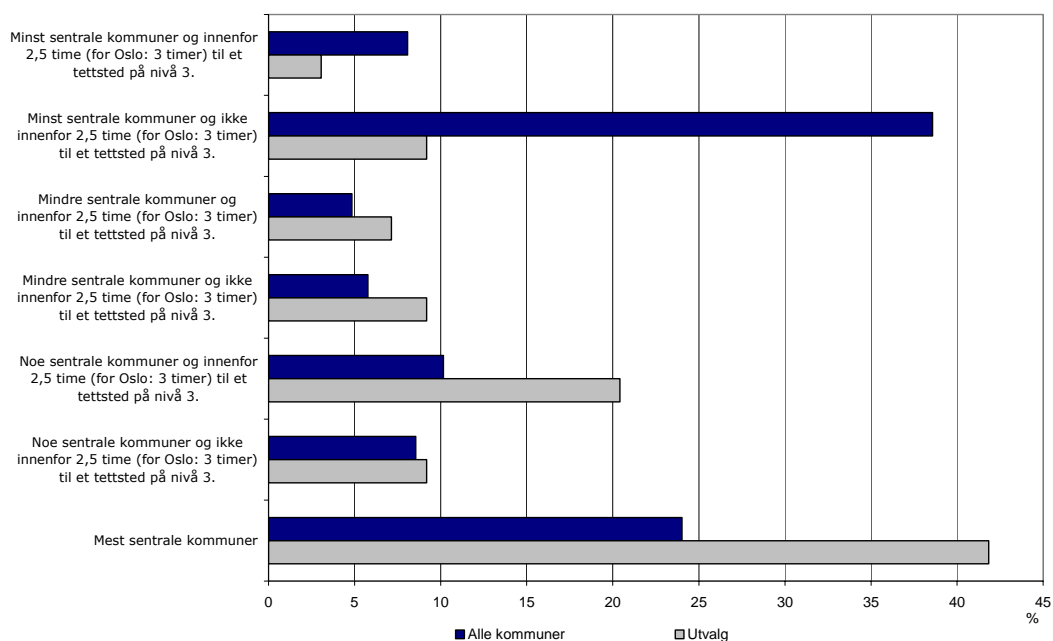
Som figur 1.2 viser, har 46 prosent av alle kommunene i landet færre enn 1 000 innbyggere under 20 år, mens 15 prosent har flere enn 4000 innbyggere i denne aldersgruppen. Samtidig viser figuren at utvalget har en helt omvendt fordeling, der de fleste kommunene har flere enn 4 000 innbyggere under 20 år og kun en kommune har færre enn 1 000 innbyggere under 20 år.

Kommuner med færre enn 1 000 innbyggere under 20 år er ikke representert i denne undersøkelsen.

1.7.6 Sentralitet

Det er også viktig å si noe om hvordan kommunene er representert i forhold til hvor sentrale kommunene er. Med sentralitet menes her kommunenes geografiske beliggenhet i forhold til tettsteder. Tettstedene deles i tre nivåer etter folketall og tilbud av funksjoner (se kriteriene i Standard for kommuneklassifisering, SSB).

Figur 1.3 Fordeling i populasjon og utvalg i forhold til sentralitet.



Vi ser fra figur 1.3 at tyngden i utvalget ligger på de mest sentrale kommunene, mens det i landet finnes flest kommuner blant de minst sentrale. Dette har selvsagt sammenheng med utvalgskriteriene.

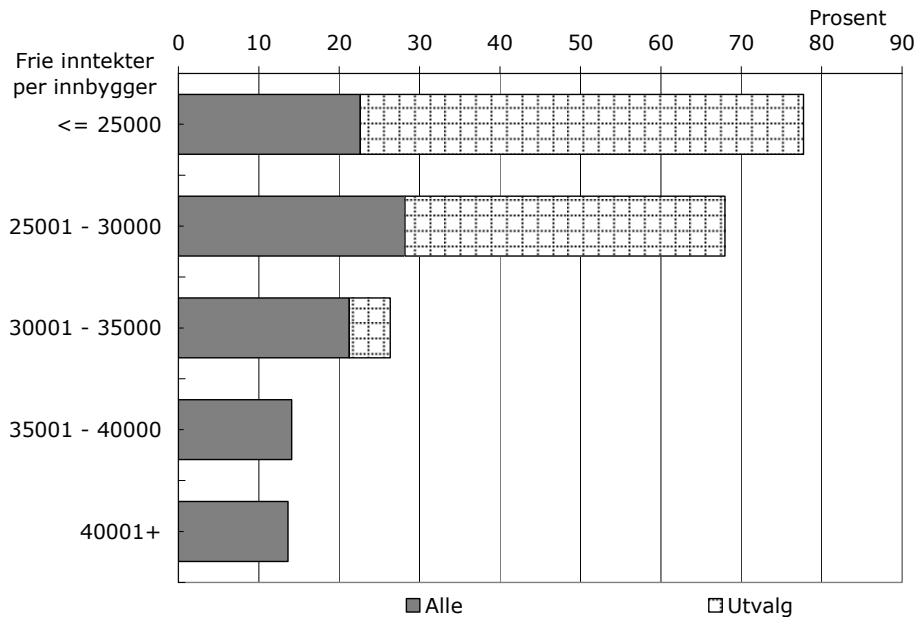
Alle kommunetyper i forhold til sentralitet er representert i utvalget og de fleste kommunene i utvalget er blant de mest sentrale kommunene.

1.7.7 Økonomisk spredning

Vi velger her å se på et generelt mål på den økonomiske situasjonen til kommunen, nemlig nivået på frie inntekter.

Gjennomsnitt på frie inntekter per innbygger er 31 675 for alle kommunene og 25 455 for vårt utvalg. Det betyr at vi har med relativt flere "fattige" kommuner.

Figur 1.4 Fordeling i populasjon og utvalg i forhold til inntekter.



Fra denne figuren ser vi at de aller rikeste kommunene ikke er representert, mens de med lavt og middels nivå på inntektene er overrepresentert.

Utvalget har ikke med kommuner med de høyeste inntektene per innbygger, men er i hovedsak konsentrert rundt de med lavest og nest lavest inntekter per innbygger.

1.7.8 Oppsummering representativitetsanalyse

Utvalget av kommuner i denne analysen er ikke tilfeldig. Vi har valgt å studere kommuner som med høy sannsynlighet antas å ha samordningsmodeller og lavterskeltilbud for at vi skal kunne beskrive disse tjenestene. Representativitetsanalysen viser at dette er store kommuner med sentralisert bosetting. Små kommuner er overrepresenterte blant rike kommuner, noe som analysen også bekrefter ved at utvalget har lavere inntekter per innbygger enn gjennomsnittet. Samordningsmodeller og lavterskeltilbud kan antas å være mest relevant i større kommuner. Større etterspørsel etter slike tjenester kan gjøre det nødvendig å opprette formelle tilbud av denne typen tjenester. I mindre kommuner kan primærhelsetjenesten i samarbeid med andre, for eksempel skolehelsetjeneste, tilby tilfredsstillende tjenester rettet mot de aktuelle gruppene.

1.8 Kvalitative intervju

I alt 17 kommuner ble trukket ut for dybdeintervju. Ni av kommunene ble valgt fordi de gjennom kartleggingsundersøkelsen hadde beskrevet spesielle samordningsmodeller som vi ønsket å utdype nærmere. Fire av disse kommunene hadde gjennom spørreskjemaet også presentert et lavterskeltilbud for barn/unge med psykiske problemer. De åtte øvrige kommunene ble valgt primært på grunnlag av beskrivelser av lavterskeltilbud. To av disse kommunene kunne også presentere formalisert samordning av tjenester. Analyser og beskrivelser av kommunale samordningsmodeller og lavterskeltilbud er derfor basert på opplysninger fra henholdsvis 11 og 12 kommuner.

1.8.1 Valg av kommuner til intervjuundersøkelsen

En viktig hensikt med undersøkelsen er å beskrive modeller som fungerer godt, og som evt. kan anbefales som måter å organisere det kommunale tjenestetilbudet for barn, unge og familier på. Videre å beskrive lavterskeltilbud for barn, unge og familier med psykiske problemer, i denne sammenheng definert som et tilbud som yter sekundærforebyggende tiltak.

Følgende forhold ble vektlagt ved utvelgelse av kommuner til dybdeintervjuene:

- kommuner som beskriver at deres modeller for samordning fungerer "svært godt"
- kommuner som har samordningsmodeller som omfatter mange tjenester, og der fastlegen er en av aktørene
- kommuner som har samordningsmodell der andrelinjetjenesten er involvert
- kommunene har en egen koordinator som leder det tverrfaglige samarbeidet
- yrkesfaglig kompetanse knyttet til lavterskeltilbudet
- lavterskeltilbud etablert som egen tjeneste

Valg av kommuner for intervjuundersøkelsen ble for øvrig gjort i samråd med referansegruppen.

1.8.2 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført som telefonintervju av sentrale aktører som var sentrale i forhold til samordningsmodellen eller lavterskeltilbudet. Dette var blant annet enhetsleder psykisk helse, leder enhet barn- og familie, tverrfaglig koordinator, koordinator for tilbudet eller psykisk helsetjeneste helsesøster og kommuneoverlege og andre type koordinatorstillinger.

Intervjupersonene ble valgt av kommunene selv etter nærmere vurdering av hvem som kunne gi best beskrivelse av modellen. Telefonintervjuene varte fra en halv time til tre kvarter. De ble tatt opp på diktafon for nærmere analyse, og er slettet etter ferdigstilling av rapporten.

2 Samordning av tjenester for barn, unge og familier

Resultater kvantitativ undersøkelse

Resultater som presenteres i første del av dette kapitlet er basert på en spørreskjemaundersøkelse besvart av nøkkelinformanter fra 98 kommuner.

Kapitlet gir en fremstilling av i hvilken grad kommunene har opprettet samordnede tilbud rettet mot barn, unge og familier. Dette omfatter en fremstilling av hvilke tjenester som inngår i formelle samordningsmodeller og uformelt samarbeid.

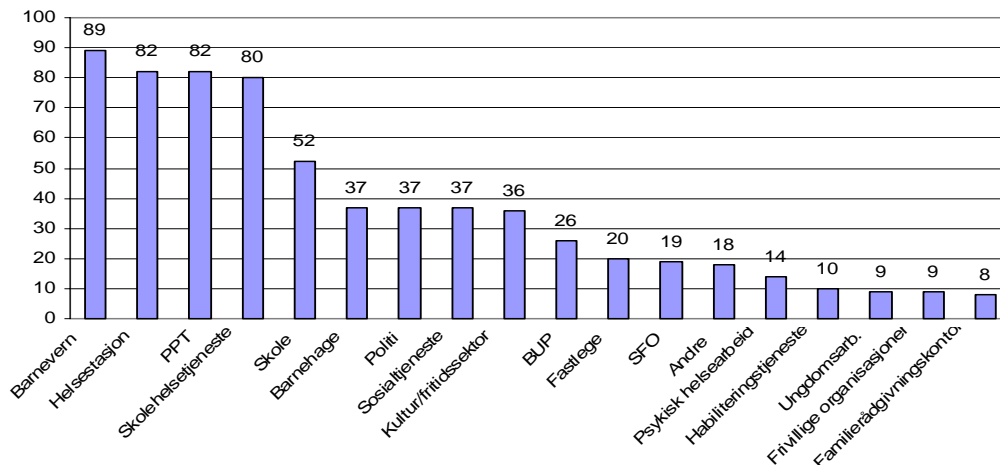
Det presenteres også resultater som viser i hvilken grad kommunale tjenester har psykososiale tiltak rettet mot barn, unge og deres familier. Vi ser på innholdet i slike tiltak, og den personellmessige psykososiale kompetansen i kommunen, samt kommunens vurdering av hvorvidt det psykososiale tilbudet er tilstrekkelig i forhold til å ivareta hjelpebehovet hos målgruppen.

Kommuner som presenterer formaliserte samordningsmodeller for tjenester rettet mot barn, unge og familier belyses nærmere. Kapitlet gir en kvantitativ oversikt over ulike typer samordningsmodeller, organiseringen av de samordnede tjenestene og samarbeidet mellom de involverte tjenestene og det øvrige tjenesteapparatet. Vi ser også nærmere på den faglige kompetansen og tilgjengeligheten til tilbudet. Avslutningsvis presenteres vurderinger av hvordan samordningsmodeller fungerer.

2.1 Tjenester som inngår i formelt samordnet tilbud

Av de 98 kommunene i utvalget er det 70 som har svart at de har en eller flere samordningsmodeller i sin kommune. I disse 70 kommunene finnes totalt 89 samordningsmodeller. Det vil si at noen kommuner har flere modeller. Figur 2.1 viser i hvilken grad ulike kommunale tjenester inngår i formalisert samordning av tilbud til barn, unge og deres familier.

Figur 2.1 Tjenester som inngår i formelt samordnet tilbud. Prosent (N=69 kommuner)



Det fremgår av figuren at barnevern, helsestasjon, PPT og skolehelsetjeneste er de tjenestene som hyppigst inngår i kommunenes formaliserte samordningsmodeller. Disse tjenestene inngår i mellom 80 og 90 prosent av modellene.

I halvparten av modellene inngår skole. Barnehage, politi, sosialtjeneste og kultur/fritidssektor inngår i overkant av en tredjedel av samordningsmodellene. BUP inngår i en fjerdedel av modellene, og fastlegene, SFO og andre (åpen kategori) i rundt 20 prosent. Psykisk helsearbeid inngår i 14 prosent av modellene, mens habiliteringstjeneste, frivillige organisasjoner og familierådgivningskontor inngår i rundt 10 prosent av tilfellene.

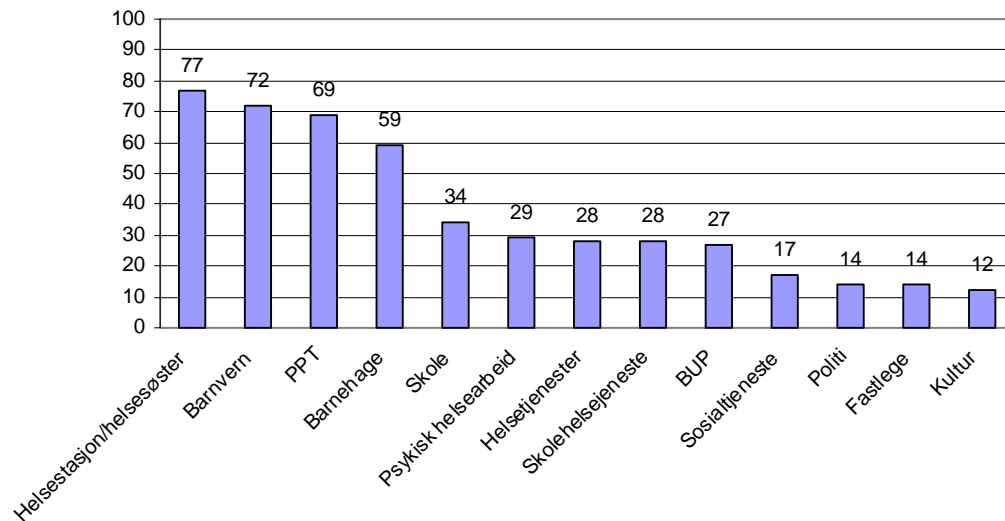
2.2 Tjenester som inngår i uformelt samarbeid

Kommunene har en rekke uformelle samarbeidsmåter. Av de 98 kommunene i utvalget er det 90 som oppgir at de har uformelle samarbeidsmåter, som bidrar til å styrke samordningen av et helhetlig tjenestetilbud til målgruppen. Bare en kommune oppgir at de ikke har uformelt samarbeid mellom tjenester. To oppgir at de ikke vet, mens fem kommuner ikke har svart på dette spørsmålet.

Det dreier seg om ulike former for kontakt mellom tjenester: å oppsøke andre tjenester eller saksbehandlere, invitere seg på møter, ta en telefon, stikke innom, drøfte problemer og muligheter. Dette er kontakter som tas ved behov som måtte oppstå, for eksempel i arbeid med en konkret sak. Videre kan det dreie seg om samarbeid om utarbeidelse av individuelle planer for brukere, eller deltakelse i ansvarsgrupper.

I kartleggingen har kommunene gitt oversikt over hvilke tjenester som vanligvis samarbeider. Opptelling av antallet ganger de ulike tjenestene nevnes gir følgende oversikt over deres grad av involvering i uformelt samarbeid:

Figur 2.2 Tjenestenes involvering i uformelt samarbeid. Prosent. N=90 kommuner



De tjenestene som hyppigst oppgis å være med i det uformelle samarbeidet om tilbudet til barn og unge er i stor grad de samme tjenestene som hyppigst deltar i formalisert samordning (jfr figur 2.1).

I første rekke er det helsestasjon/ helsesøster, barnvern og PPT som deltar i uformelt samarbeid. Barnehage er oftere representert i uformelt samarbeid enn i formelle samordningsmodeller. Skole og skolehelsetjeneste er derimot ikke så hyppig involvert i uformelt samarbeid som i formell samordning. Det samme gjelder for det psykiske helsearbeidet. Helsetjenesten er representert på likt nivå som psykisk helsearbeid. Her vil fastlegen være representert. Det er imidlertid færre som spesifikt nevner fastlegen som deltaker i uformelt samarbeid. BUP er nevnt i samme grad i formelle samordningsmodeller som i uformelle sammenhenger.

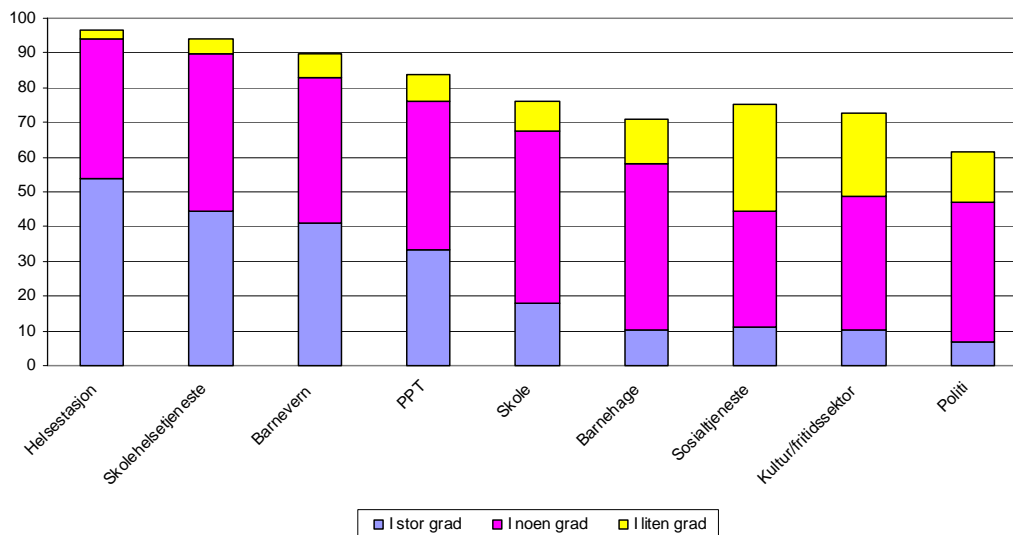
Mens politi, sosialtjeneste og kultur/fritidssektoren er representert i rundt en tredjedel av de formelle samordningsmodellene, er de i mindre grad nevnt som uformelle samarbeidspartnere. Man kan tenke seg at et etablert formelt samarbeid på lengre sikt også vil kunne stimulere til større grad av uformelt samarbeid.

2.3 Psykososiale tiltak og kompetanse i kommunale tjenester

2.3.1 Tjenester med psykososiale tiltak

Figur 2.3 presenterer prosentvis fordeling av de som har svart "i stor grad", "i noen grad" eller "i liten grad" (de øvrige har svart vet ikke, eller de har ikke svart, – sannsynligvis i de tilfeller der kommunen ikke har slik tjeneste, eller der respondenten oppfatter at tjenesten ikke har psykososiale tiltak).

Figur 2.3 Kommunale tjenesters grad av psykososiale tiltak rettet mot barn/unge og deres familier. Prosent.
(N=98)



I de mest sentrale tjenestene, rettet mot barn og unge i kommunene, rapporteres det om en relativt høy grad av psykososiale tiltak.

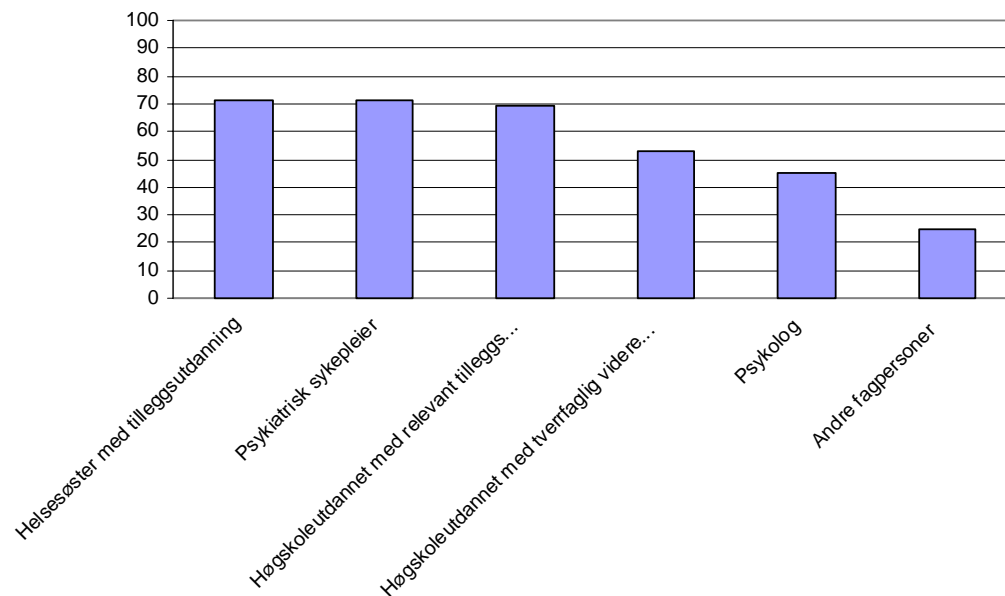
Det er helsestasjon og skolehelsetjeneste som ifølge kommunene i størst grad har psykososiale tiltak rettet mot barn/unge og deres familier. Henholdsvis 95 og 90 prosent av kommunene oppgir at disse tjenestene i stor eller noen grad har psykososiale tiltak rettet mot barn, unge og deres familier.

Litt færre, rundt 80 prosent, sier dette gjelder i svært stor grad for barnevern og PPT. Deretter følger skole, der i underkant av 70 prosent av kommunene oppgir at man enten i stor eller noen grad har psykososiale tiltak, og barnehage der 60 prosent oppgir å ha slike tiltak. Når det gjelder sosialtjenesten, kultur og fritid samt politi, oppgir litt mindre enn halvparten av kommunene at tjenestene har psykososiale tiltak rettet mot barn og unge. De øvrige tjenestene er i mindre grad psykososiale i sitt virke. Mellom 30 og 40 prosent av kommunene oppgir at frivillige organisasjoner, SFO, rehabiliteringstjenesten og habiliteringstjenesten har slike tiltak. Familierådgivningskontor og fastlege/allmennlege oppgis i minst grad å ha psykososiale tiltak.

2.3.2 Psykososial kompetanse i kommunene

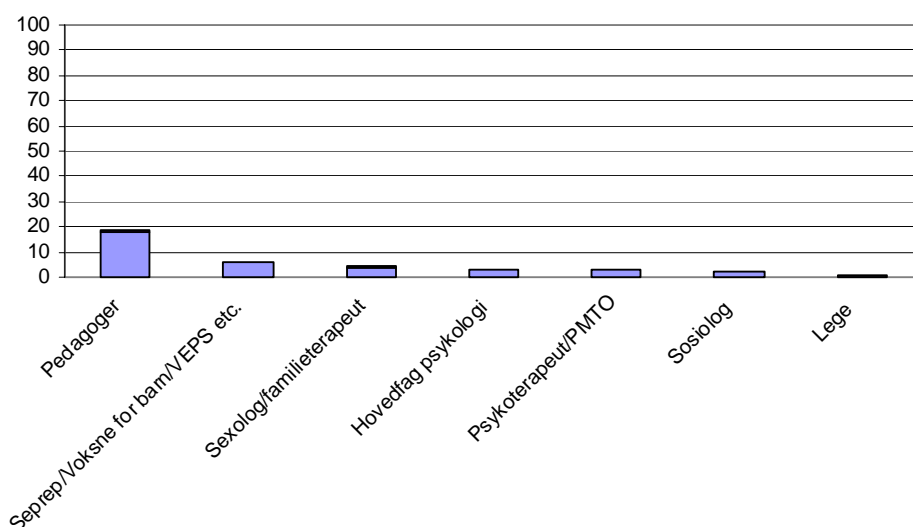
Det er 93 av de 98 kommunene som oppgir at de har psykososial kompetanse. Tre kommuner oppgir at de ikke har slik kompetanse mens to oppgir at de ikke vet. Vi skal se hvilke fagpersoner i kommunen som har slik kompetanse (Figur 2.4).

Figur 2.4 Personell med psykososial kompetanse i kommunen. Prosent. N=98 kommuner



To av tre kommuner oppgir at det helsesøstre, psykiatriske sykepleiere og høgskoleutdannede med relevant tilleggsutdanning som i størst grad representerer den kommunale psykososiale kompetansen i forhold til arbeid med barn og unge. Videre oppgir halvparten av kommunene at høgskoleutdannet personell, enten med relevant tilleggsutdanning eller med tværfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid representerer denne kompetansen. Litt færre oppgir at de har psykolog i kommunen som representerer slik kompetanse. I tillegg nevner 25 prosent av kommunene at også andre fagpersoner representerer denne kompetansen i de aktuelle tjenestene. Figuren under spesifiserer nærmere hvilken type relevant kompetanse disse har.

Figur 2.5 Andre fagpersoner i kommunen som har psykososial kompetanse. N=98 kommuner.



Figuren viser at kategorien "andre fagpersoner i kommunen" i hovedsak dreier seg om ulike typer pedagoger; spesialpedagoger, pedagoger med hovedfag m.fl. Det er en del fagpersoner som har videreutdanning, enten i regi av Seprep, Voksne for barn, VEPS, familierapiutdanning, sexologi, psykoterapi, PMTO. Det er tre med hovedfag i psykologi, og to med hovedfag i sosiologi.

2.3.3 Kommunenes vurdering av det psykososiale tilbudet

Kommunene har vurdert om det eksisterende tilbudet er tilstrekkelig for å ivareta hjelpebehovet hos barn og unge med psykososiale problemer og deres familier. Over halvparten av de 98 kommunene oppgir at det eksisterende psykososiale tilbudet *ikke* er tilstrekkelig. Litt færre, 43 kommuner mener tilbudet er tilstrekkelig, men at det likevel kunne ha vært bedre. Kun to kommuner oppgir at tilbudet er svært utilstrekkelig.

I de kommunene som *har* en formell samordningsmodell oppfattes det psykososiale tilbudet som mer tilstrekkelig enn i de kommunene som *ikke* har slik modell ($\chi^2=3,7$, $p<.05$).

2.4 Kommunale samordningsmodeller

Kartleggingen har vist at av de 98 kommunene i utvalget er det 70 som har svart at de har en eller flere samordningsmodeller i sin kommune, og at disse kommunene totalt har 89 samordningsmodeller. Vi har også konstatert at det blant de kommunale tjenestene er barnevern, helsestasjon, PPT og skolehelsetjeneste som hyppigst involvert i samordningsmodellene.

I dette avsnittet ser vi nærmere på organiseringen av samordningsmodellene, og på hvilket faglig tilbud de representerer.

2.4.1 Type samordningsmodell

Samordningsmodeller som tar form som familiesenter eller såkalt SLT- modell er allerede evaluert (Selbekk et al., 2005). I denne kartleggingen har man derfor primært vært ute etter å få kartlagt andre former for samordningsmodeller. Tabellen under viser fordelingen av samordningsmodeller i de 98 kommunene i denne kartleggingen.

Tabell 2.1 Type samordningsmodell. Antall.

Samordningsmodellen tar form som	Antall
Et familiesenter	4
Et familiesenter etter egen modell	16
SLT modell	13
Annet	56
Totalt	89

Note. N=89 kommuner.

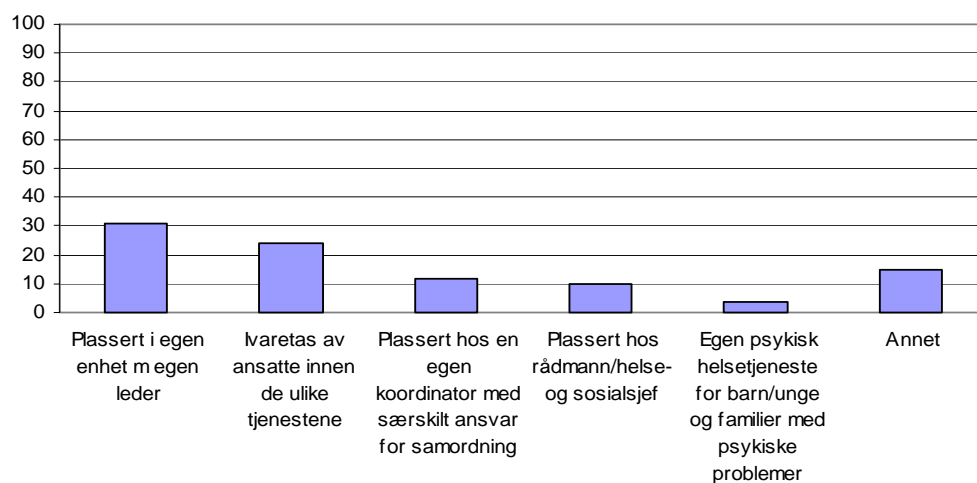
Det er 20 av samordningsmodellene i de 98 kommunene som tar form som et familiesenter, 16 av disse etter egen modell. Videre er det 13 av kommunene som rapporterer at de har en SLT- modell. Det er flere andre kommuner som har SLT- modell, men da i kombinasjon med annen samordning. Kommunene rapporterer om til sammen 56 andre samarbeidsmodeller.

2.4.2 Organisering av samordningsmodellene

FORANKRET ANSVAR

Samordningsmodellene har ulik forankring. Figur 2.6 viser hvor hovedansvaret for modellene er forankret.

Figur 2.6 Hovedansvarlig for samordningsmodellen. Antall. N=81 samordningsmodeller (9 "missing").



I en av tre tilfeller er ansvaret for samordningsmodellene plassert i egen enhet med egen leder, mens i en fjerdedel av tilfellene er ansvaret fordelt på ansatte innen de ulike tjenestene.

Videre, for 11 av modellene, er ansvaret plassert hos egen koordinator med særskilt ansvar for samordning. For 10 av modellene er det rådmann eller helse- og sosialsjef som har ansvaret. Kun fire samordningsmodeller har ansvaret plassert i egen psykisk helsetjeneste for barn/unge/familier.

TVERRFAGLIG TEAM

Av de 89 samordningsmodellene er det 62 som er organisert som et tverrfaglig team. I tillegg er en modell organisert som to tverrfaglige team.

Det er 15 som ikke har svart på dette spørsmålet, og 10 oppgir at de ikke er organisert som tverrfaglig team.

ANNEN TYPE TVERRFAGLIG ORGANISERING

Sju av de som *ikke* har opprettet tverrfaglig team oppgir at de har annen type tverrfaglig organisering. Det dreier seg om felles fagmøter og samarbeidsmøter mellom tjenester. Ett sted samler de tjenester gjennom såkalt virksomhetsmodell. Ett sted holder de på med prosjektarbeid med utprøving fram mot et eventuelt familieteam, mens et annet sted holder på å etablere familiesenter. En kommune oppgir at de oppretter ac hoc grupper, og at deltakere er avhengig av problematikk.

KOORDINATOR

For i underkant av en tredjedel av samordningsmodellene blir det oppgitt at man har en egen koordinator som leder det tverrfaglige samarbeidet.

FORBINDELSE TIL DET ØVRIGE TJENESTESYSTEMET

Videre har vi i kartleggingen sett på hvilken forbindelse de involverte tjenestene i samordningsmodellen har med det øvrige tjenestesystemet. Resultatene viser at to av tre samordningstiltak inngår i den vanlige tjenestevirksomheten.

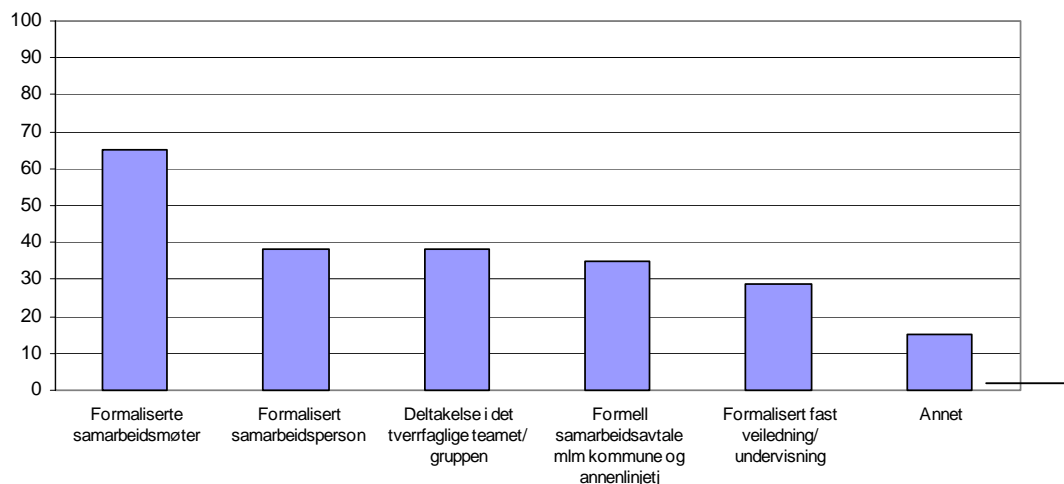
Tjue av de 89 samordningstiltakene har en faglig samordning, men i atskilte lokaler, mens 19 er samordnet i egne lokaler. Kun ni er skilt ut som egen tjeneste.

Av de 89 samordningsmodellene er det 17 som har et samarbeid med *andre* kommuner.

SAMARBEID MED BUP

Andrelinjetjenesten, hovedsakelig ved BUP, deltar i 32 av de 89 samordningsmodellene. Figuren under viser på hvilken måte andrelinjen inngår i samarbeid med kommunen når kommunen har en formalisert samordningsmodell.

Figur 2.7 Former for samarbeid mellom kommunen og andrelinjetjenesten (BUP) når kommunen har samordningsmodell og når kommunen ikke har slik modell. Prosent. N=89 kommuner.

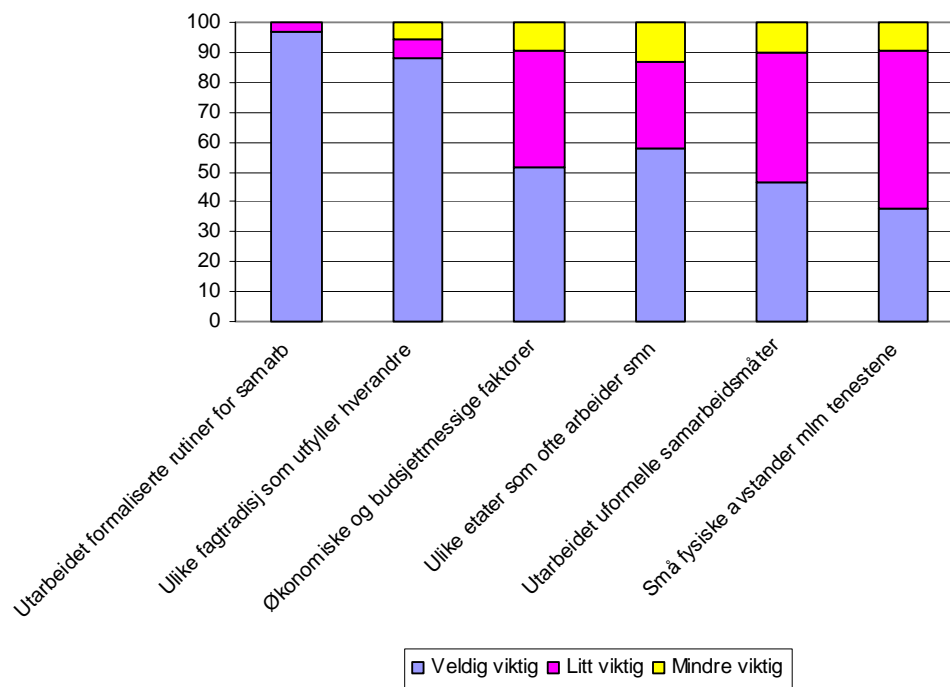


Den vanligste samarbeidsformen mellom kommunene og BUP er formaliserte samarbeidsmøter. To av tre kommuner med samordningsmodell oppgir at de har slikt samarbeid med BUP. I underkant av 40 prosent av kommunene oppgir at andrelinjen inngår i samarbeidet ved en formalisert samarbeidsperson, eller ved at andrelinjen deltar i det tverrfaglige teamet/ gruppen, eller gjennom formell samarbeidsavtale mellom kommune og andrelinjetjenesten. I underkant av 30 prosent av kommunene har fast formalisert veiledning/ undervisning fra andrelinjen.

FAKTORER SOM ER VIKRIG FOR AT DET TVERFAGLIGE SAMARBEIDT SKAL FUNGERE

Figur 2.8 gir en oversikt over resultater fra kommunenes vurderinger av faktorer som er viktige for at tverrfaglig samarbeid skal fungere. Resultatene gjelder for de samordningsmodellene der andrelinjen deltar (n=32).

Figur 2.8 Vurdering av hvilke faktorer som er viktige for at det tverrfaglige samarbeidet skal fungere. Prosent. N=32.



I de 30 av de 32 samordningsmodellene der andrelinjetjenesten deltar, vurderes det som viktigst for samarbeidet at det er utarbeidet formaliserte rutiner, samt at man har ulike fagtradisjoner som utfyller hverandre.

I HVILKEN GRAD SAMARBEIDET FUNGERER BREDT OG TVERRFAGLIG I PRAKSIS

Vi skal se på kommunenes vurdering av i hvilken grad samarbeidet mellom de involverte tjenestene i det tverrfaglige samarbeidet fungerer bredt og tverrfaglig i praksis.

Tabell 2.2 Kommunenes vurdering av det tverrfaglige samarbeidet i samordningsmodellene. Prosent.

I hvor stor grad fungerer det tverrfaglige samarbeidet?	Prosent
I stor grad	40
I noen grad	43
I liten grad	6
Ubesvart	11
Totalt	100

Note. N= 89 samordningsmodeller

For 83 prosent av samordningsmodellene oppgir kommunene at de "i stor grad" eller "i noen grad" er fornøyd med det tverrfaglige samarbeidet mellom involverte tjenester i modellen.

2.5 Det faglige tilbudet

2.5.1 Formell kompetanse

Den kompetanse som tilbys i de samordnede modellene følger av hvilke tjenester som er involvert. Vi har tidligere i rapporten konstatert at de tjenestene som hyppigst inngår i kommunenes formaliserte samordningsmodeller er: barnevern, helsestasjon, PPT og skolehelsetjeneste (inngår i mellom 80 og 90 prosent av modellene). De mest sentrale faggruppene er dermed: barnevernspedagoger, helsesøstre, sykepleiere og pedagogisk-psykologisk personell.

Barnehage, politi, sosialtjeneste, og kultur/fritidssektor inngår i en av tre modeller, og vil være representert med: førskolelærere, politi, sosialarbeidere samt barne- og ungdomsarbeidere.

BUP inngår i en fjerdedel av modellene, og vil være representert med psykologer, psykiatere og høgskoleutdannet personell (med relevant videreutdanning).

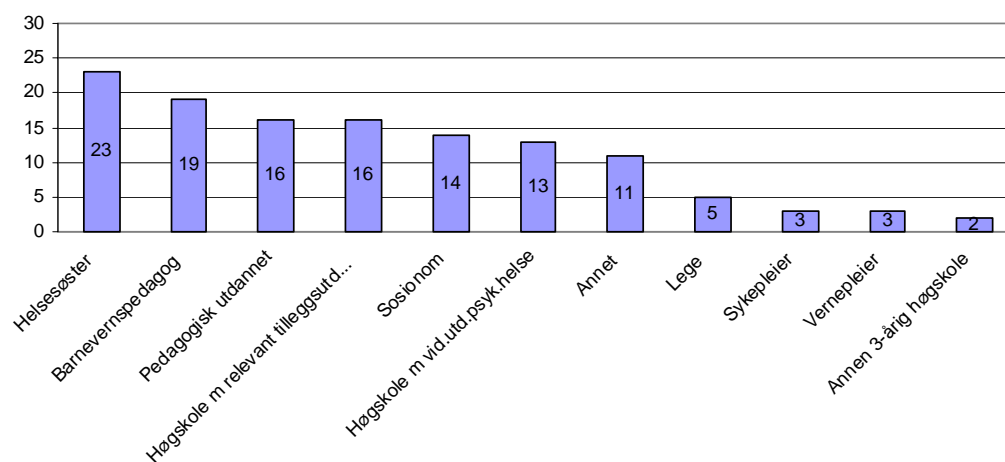
Fastlegene er representert i 20 prosent av samordningsmodellene. Det samme gjelder SFO, som vil være representert med førskolelærere, barne- og ungdomsarbeidere og lignende

Psykisk helsearbeid inngår i 14 prosent av modellene, og vil være representert med sykepleiere med videreutdanning.

Habiliteringstjeneste, frivillige organisasjoner og familierådgivningskontor inngår i rundt 10 prosent av de 89 samordningsmodellene.

Kommunene oppgir at 73 av de 89 samordningsmodellene har en spesifikk faglig ansvarlig/koordinator. Figur 2.9 viser formell kompetanse hos den faglig ansvarlig/koordinator.

Figur 2.9 Formell kompetanse hos faglig ansvarlig eller koordinator for samordningsmodellen. N=73 samordningsmodeller



Det er mange ulike faggrupper representert som ansvarlig for samordningsmodellene. Helsesøstre er oftest faglig ansvarlig for samordningsmodellene. I en av tre samordningsmodeller er det helsesøstre som har faglig ansvarlig, eller koordinerer

samarbeidet. I en av fire modeller er det barnevernspedagoger som er ansvarlig. I rundt en av fem modeller er det pedagogisk personell som har ansvaret, og det samme gjelder for høgskoleutdannet med tilleggsutdanning samt sosionomer og høgskoleutdannede med videreutdanning i psykisk helsearbeid. I fem av modellene har en lege ansvaret.

2.6 Tilgjengelighet til den samordnede tjenesten

I undersøkelsen har vi sett på tilgjengelighet til den samordnede tjenesten. Tabell 2.3 presenterer svar på spørsmålet om det er lagt til rette for god tilgjengelighet til den samordnede tjenesten.

Tabell 2.3 Er det lagt til rette for god tilgjengelighet til den samordnede tjenesten?

Svaralternativer	Antall	Prosent	Valid prosent
Nei	7	8	10
Ja	63	71	82
Varierer	5	6	6
Uaktuelt	1	1	1
Ubesvart	13	15	
Totalt	89	100	

Note. N=89.

For 63 av de 89 samordnede tjenestene blir det oppgitt at det er lagt til rette for en god tilgjengelighet, mens det i sju tilfeller ikke er det. I tillegg varierer tilgjengeligheten i fem av de samordnede tjenestene.

Tabell 2.4 viser svar på spørsmål relatert til tjenestens geografiske nærhet.

Tabell 2.4 Har tjenestetilbudet geografisk nærhet til barnehage, skole eller andre servicetilbud? N=89 samordningsmodeller.

Svaralternativer	Antall	Prosent	Valid prosent
Nei	6	7	8
Ja	42	47	58
Vet ikke	24	27	33
Ubesvart	17	19	
Totalt	89	100	

For litt under halvparten av de 89 samordnede tjenestene er det geografisk nærhet til barnehage, skole eller andre servicetilbud. I seks tilfeller har man ikke dette. For de øvrige blir det oppgitt at man ikke vet eller man har ikke besvart spørsmålet.

Den samordnede tjenesten følger ordinære kommunale åpningstider; stort sett fra 0800-1530. I tillegg har man ofte åpent en eller to ettermiddager, evt. kvelder.

I det samordnede tilbudet tar man imot direkte henvendelser fra barn og ungdom selv, foreldre/ pårørende, samt alle tjenester som måtte ta kontakt i forhold til ønske om oppfølging av konkrete barn eller ungdommer.

2.7 Vurdering av samordningsmodellene

Tabell 2.5 fremstiller svar på spørsmålet om hvordan samordningsmodellen fungerer.

Tabell 2.5 Alt i alt, hvordan vurderer kommunene samordningsmodellen? Note. N=89 samordningsmodeller.

Svaralternativer	Frekvens	Prosent	Valid prosent
Svært godt	8	9	11
Godt	54	61	75
Sånn passe	9	10	13
Dårlig	1	1	1
Ubesvart	17	19	
	89	100	

Det fremgår av tabell 2.5 at flertallet av de 89 samordningsmodeller vurderes som enten godt fungerende (54) eller svært godt fungerende (8). Ni av modellene fungerer sånn passe, kun en vurderes å fungere dårlig.

Resultater kvalitativ undersøkelse

Resultater som presenteres i denne andre delen av kapitlet er basert på intervju med nøkkelinformanter fra 11 kommuner.

Vi har innledningsvis undersøkt hvilken oppmerksomhet og satsing kommunen har i forhold til psykososiale tiltak rettet mot barn og unge. På denne bakgrunn har vi deretter utdypet hvilke samordningsmodell (-er) som finnes og viktige kjennetegn ved disse modellene.

Den kvalitative delstudien er et viktig supplement til den kvantitative kartleggingsstudien, spesielt i forhold til å besvare følgende av prosjektets problemstillinger:

- Beskrivelse av ulike kommunale samordningsmodeller
- Hva karakteriserer det faglige tilbudet i modellene?
- Hva karakteriserer den tverrfaglig organiseringen?
- Hvem er målgrupper for tilbudet?
- I hvilken grad er det lagt til rette for god tilgjengelighet til tjenesten?
- Tjenestenes egen vurdering av effekter av samordningen

I tillegg til disse problemstillingene belyser kapitlet hva som er viktige suksessfaktorer for at tverrfaglig og samordnet tilbud skal fungere.

2.8 Kommunenes satsing på helhetlige, tverrfaglige og samordnede tilbud i kommunen

Kommunene har noe ulikt fokus på det å skape et helhetlig, tverrfaglig og samordnet tilbud barn og unge, og deres familier. Noen kommuner har stort og aktivt fokus på dette, mens andre vurderer slik satsning som "midt- på treet", eller til å ha et forbedringspotensial.

I mange kommuner legger en likevel vekt på at det har vært relativt store endringer i synet på tverrfaglig samarbeid i de senere årene, og at man i dag arbeider mer samordnet og tverrfaglig enn tidligere. De opplever dermed å være i en positiv utviklingsprosess. Det blir likevel fremholdt at samordningen fortsatt er mangelfull på enkelte områder.

I noen kommuner har man aktivt utarbeider egne modeller for å samordne tilbudene på politisk og/eller administrativt nivå i kommunen. I andre kommuner har man ingen eksplisitte modeller for dette arbeider. Det er også ulikt kjennskap til tenkningen rundt samordningsmodeller.

I noen kommuner sammenfaller den økte vekten på tverrfaglig samordning av tjenestene med omorganisering av kommunenes tjenester mer generelt. Vekten på tverrfaglig samordning blir i denne forbindelse innarbeidet i kommunenes overordnede planer, og innbakt i omorganiseringen av tjenestene. I disse kommunene blir ofte den forpliktende og formaliserte samordningen, eller samordningsmodellen, forankret høyt oppe i kommunens politiske og administrative ledelse.

2.9 Ulike samordningsmodeller i utvalgte kommuner

Noen kommuner har utviklet en særskilt modell. De som ikke har dette kan allikevel ha formalisert samarbeid, eller mange ulike tverrfaglige tiltak. Samordningen kan også ta form som et formalisert *samarbeid*, mer enn en eksplisitt samordningsmodell. Det formaliserte samarbeidet får imidlertid stor betydning for hvordan kommunene samordner arbeider.

Det er også ulike oppfatninger om behovet for en samordningsmodell. I en forholdsvis liten geografisk kommune, mener man for eksempel at de små forholdene gjør at samordningen blir godt ivaretatt på uformelt nivå. Det er dermed ikke nødvendig med særskilte formaliserte samordningsmodeller. Siden de ordinære tjenestene er så godt bemannet er det også godt mulig å gjøre mye av det forebyggende arbeidet der. I andre, ofte større kommuner, er formaliseringen mer fokusert. Følgende samordningsmåter blir presentert:

TYPE SAMORDNINGSMODELLER:

1. Lite formalisert modell fra SLT til positivt oppvekstmiljø
2. Internettbasert samordningsmodell
3. Ressursteam på ledelsesnivå
4. Samarbeid i kommunen - formalisert samarbeid ikke modell
5. Samarbeidsteam
6. Rehabiliteringsplan
7. Tverrfaglig lederteam
8. Egen barn- og familieenhet
9. Områdebasiserteam
10. Mange tverrfaglige team
11. Fagråd ledelse
12. Familiesenter etter egen modell
13. Egen tverrfaglig koordinator

De ulike samordningsmodellene eller formaliserte samarbeidsmåtene har noe ulik lokal profil i den enkelte kommune. De har samtidig også visse likheter som gjør at de kan grupperes som ulike former for samordningsmåter, eller mer spesifikke samordningsmodeller.

SAMORDNINGSMÅTER:

- a. Samordning av forebyggende tiltak fra ulike tjenester
- b. Samordning gjennom barn - og familieenheter
- c. Samordning gjennom tverrfaglige team på ulike organisasjonsnivå
- d. Samordning gjennom egen tverrfaglig koordinator
- e. Samordning gjennom internettprogram
- f. Familiesenter eller områdebasiserteam etter egen modell.

Som det fremgår veksler modellene mellom å være samlokaliserte og samorganiserte.

TILGJENGELIGHET

I flere modeller kan brukere henvende seg til de ordinære tjenestene, eller til avdelingen sentralt for å få hjelp. I modeller som har desentraliserte tilbud i nærmiljøet kan man henvende seg der. Disse tilbudene kan være på et familiesenter, på helsestasjonen eller på skolen.

I de fleste tilfellene er informasjon om tilbudet lagt ut på nettet. Det er også utviklet brosjyrer, eller gis orientering om tilbudet på informasjonsmøter til foreldre på helsestasjon, i barnehage og skole. Ingen av samordningsmodellene stiller krav om henvisning. Man kan ta direkte kontakt med de ordinære tjenestene eller teamene. Ofte er det andre tjenester, som skole eller barnehage, som kontakter tilbudet i samarbeid med barnet, ungdommen eller foreldrene.

2.9.1 Samordning av forebyggende tiltak på tjenestenivå

I to kommuner er det utviklet formalisert samarbeid innen kommunens tjenester på det forebyggende og sekundærforebyggende området.

UTVIKLING AV SLT- MODELLEN

En kommune presenterer en interessant utvikling i forhold til SLT- modellen, som for øvrig er vanlig i mange kommuner, - også i disse utvalgte kommunene. Kommunen har foreslått å erstatte den opprinnelige SLT- ordningen med en modell om "*Positivt oppvekstmiljø, eller "Positivt ungdomsmiljø"*". Modellen er i planleggingsfase.

Fokuset i den nye modellen tar utgangspunkt i spørsmålet om: "*Hvordan samordne de tiltakene de har i kommunen best mulig for å få til et positivt oppvekstmiljø?*".

Denne tenkningen innebærer en utvidelse av SLT- modellen, til en noe bredere forebyggende modell som skal vektlegge betydningen av et positivt ungdomsmiljø. Gjennom denne modellen ønsker man å knytte samordningen mer til oppvekst. En begrunnelse for denne satsingen er ønsket om å integrere skolene i større grad i det forebyggende arbeidet enn tidligere:

"Veldig viktig å ha skole og barnehage på banen fordi det er de som har ungene og de driver veldig viktig forebyggende arbeid i skole og barnehage."

Modellen vil trolig få et prosjektdesign med styringsgruppe og samordning rundt om i kommunen. Alle skolene, helse- og sosialtjenesten samt kulturetaten skal være med i modellen. På grunn av lite ressurser vil man trolig ikke etablere egen koordinator. Ledelsen av samordningen vil da inngå i en annen stilling. I tillegg skal styringsgruppen ha en viktig koordinerende og ledende funksjon.

PARAPLYFORUM FOR FORBYGGENDE ARBEID

I en annen kommune har man i de senere årene utviklet et formalisert samarbeid, som tar form som et *paraplyforum for forebyggende arbeid*. Forumet er basert på et felles verdigrunnlag for alle tjenestene som er involvert i "helsefremmende og forebyggende arbeid", inkludert deltakerne i SLT. Dette verdigrunnlaget blir markedsført i alle sammenhenger i kommunene der forebygging er tema. Samordningen av tiltakene er i hovedsak på gruppenivå og ikke enkeltindivider. Ved samordningen av tiltak til enkeltindivider blir det benyttet en egen tverrfaglig rehabiliteringsplan.

Paraplyforumet er forankret i kommunens ledergruppe. I tillegg deltar politisk og administrativt ledelse i kommunens "forebyggende råd". Det er ingen egen koordinator for forumet. Daglig leder er helsesjef, og det koordinerende ansvaret er plassert i seksjonen. Ledelsesformen vurderes som bra fungerende, men det fremheves at en egen koordinator muligens kan styrke det utadrettede arbeidet i noe større grad.

Deltakerne i samarbeidsforumet er forebyggende råd, administrativ og politisk ledelse, barnevern, kompetansesenter i psykisk helse, barne- og familieteam, PPT og skolen, mest på sosiallærernivå. Det er ingen brukerorganisasjoner for psykisk lidelser som deltar. Brukerorganisasjoner er derimot representert i forebyggende råd.

Tjenestene er ikke samlokalisert, men utgjør en strategisk samlet seksjon som reduserer behovet for egen koordinator.

Gjennom paraplyforumet er det utviklet felles informasjonsarbeid, undervisnings- og foredragsopplegg som kan brukes av alle. De har også gjennomført felles tiltak av primærforebyggende karakter i bydeler eller aktivitetshus hvor det har vært uro.

Disse tiltakene utgjør en pågående innsats for å forebygge problemutvikling. I tillegg er det etablert egne spesielle møtefora hvor man samler de som arbeider med barn og unge, også spesialisthelsetjenesten og politi. På disse møtene kan man ta opp enkelte saker, som for eksempel uro på en skole. Man diskuterer så hva man kan gjøre i fellesskap i forhold til dette. Dette oppleves som en god arbeidsmåte, *"egentlig et ganske godt system"*.

Forumet går ofte bredt ut i forhold til utfordringer i lokalsamfunnet. Det arbeides dermed bredere enn psykisk helse, som kun utgjør en del av samarbeidet. De har likevel mange ulike tiltak som innbefatter rusproblemer og psykiske lidelser. Den brede innfallsvinkelen er ikke sett som et problem i forhold til oppmerksomhet på forebyggelse av psykiske vansker

"Nei, det forsvinner ikke i helheten. Det er en styrke at det kommer innunder mye annet fordi det får mye fokus".

2.9.2 Samordning gjennom barn- og familieenheter

I tre av kommunene utgjør en egen barn- og familieenhet (eller liknende navn) den viktigste formen for samordningsmodell eller samordningsmåte for tjenestene. Utformingen av enheten kan også arbeide etter prinsipper fra familiesentermodellen uten at denne ble utskilt som egen modell.

I DEN ENE KOMMUNEN HAR MAN, (I LIKHET MED ANDRE FAMILIESENTERMODELLER), BASERT TENKNINGEN PÅ "EMPOWERMENT":

Brukeren er utgangspunkt for samarbeidet og hvem som skal inkluderes i dette: *"Hvem er mest betydningsfull rundt dette barnet, det er jo familien, hva videre?, jo det er jo de arenaer som har mye med barn å gjøre, og da blir det åpenbart - en sirkel utenpå hverandre."*

Man tar utgangspunkt i:

"Hvem er mest betydningsfulle i barns liv, men har mest med barn å gjøre?, og hvem kjenner barnet? Jo familie, nettverk og skole som deltar i daglig samhandling. De er mest betydningsfulle og som dermed kan bidra mest"

Denne tenkingen gjør at familien blir sentral, deretter hjelperne, og så spesialisthelsetjenesten lengst ytterst. Brukerperspektivet står dermed svært sentralt i kommunen.

Innenfor barn- og familieenheten er både PPT, barnevern, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, kultur og ungdomskontor samlet. Tjenestene er kun delvis

samløst. Sammenslåingen skal bidra til å skape et mer helhetlig tilbud. Enheten har sentralt ansvar for å samordne tilbudet til barn og ung. Dette ansvaret er politisk vedtatt. Lederen fra enheten har også fått et klart *mandat* om å jobbe med samordning og være pådriver for å samordne skole og barnehage og sosiale tjenester. Dette mandatet bidrar til å styrke ledelsen av det samordnede tilbudet, selv om det ikke er etablert egen koordinator.

Målgruppen for barn- og familieenheten er relatert til samme tenkning som psykiatriplanen i kommunen. Man starter med barns liv og utvikling, og skaper samarbeid med de tjenester som er aktuelle for de ulike fasene i utviklingen. I de første årene er for eksempel helsestasjon og PPT viktig for å identifisere språkvansker og funksjonshemming. Deretter blir barnehage, skole og ungdomskontakt viktig. Man vurderer dermed kontinuerlig "*når er det behov for oss, og hvilke problematikker er det man har samhandling rundt?*"

Oppfølging av den enkelte blir gitt innenfor de ordinære tjenestene og spesielle tilbud, herunder lavterskeltilbud. Samordningen av tjenestene skjer internt i enheten mellom de ulike tjenestene som skal utvikle tilbudene sammen. Enheten besøker ikke alle skoler, men går ut til skoler som har spesielle behov for ytelser. Henvendelsene går til de enkelte tjenestene.

Det er samtidig etablert spesielle samordningsrutiner som skal sikre "*En vei inn, til et mangfold*". Ved det første møtet med ungdom eller familie skal alle vurdere hvilke tjenester som kan være aktuelle. Denne ordningen skal bidra til rask samordning i enkeltsaker, og rett og tidlig hjelp.

EN ANNEN KOMMUNE HAR OGSÅ ETABLERT EN EGEN *BARN- OG FAMILIEAVDELING* I 2001. DENNE AVDELINGEN TAR UTGANGSPUNKT I BEFRINGSUTVALGETS VEKT PÅ BREDERE SAMORDNING AV HJELPETJENESTER:

Avdelingen inkluderer helsestasjon for barn og ungdom, PPT og barnevern, ungdomskontakten, avlastning/støttekontakt, familieteamet, SLT og samarbeid med rusrelaterte tjenester. Det er en koordinator i 50 prosent stilling som skal utvides til 100 prosent. Hensikten med enheten er å samle arbeidet og ressursene med barn og unge, slik at man kan jobbe mer målrettet og strategisk med dette feltet. Samordningen skal foregå på ulike nivåer:

"*Man må få helhetstenkningen inn i en stor organisasjon, og da må vi samordne på flere ulike nivå*".

I tillegg til samordning på ledernivået ønsker man å styrke samordningen av det tverrfaglige arbeidet på lavere nivå i organisasjonen, i det direkte arbeidet med brukerne. Det skal dermed etableres egne, faste tverrfaglige grupper der saker som trenger helhetlig og tverrfaglig tilbud går direkte inn i den tverrfaglig gruppe og ikke på ledernivå. Den tverrfaglige gruppen består av fagpersoner og ikke ledere. I tillegg vil man styrke samarbeidet med skole og barnehage.

Årsaken til denne endringen er at man har erfart ulemper med å samordne på enhetsledernivå. Erfaringene er at terskelen kan være for stor til å ta opp enkelte saker som trenger tverrfaglige løsninger. Videre, at lederne ikke alltid har nok informasjon om de beste løsningene.

OGSÅ I EN TREDJE, FORHOLDSVIS LITEN KOMMUNE, HAR MAN HELLER VALGT Å SAMORDNE TJENESTENE VED Å SAMLE DE INNENFOR EN EGEN *BARN- OG FAMILIEENHET*, I STEDET FOR FAMILIESENTERMODELLEN:

I kommunen definerer man familiesenter etter målsetting og ikke samlokalisering. Enheten er lagt opp mot tverrfaglighet. Enheten følger kommunens generelle organisering, hvor man har en horisontal deling av tjenesten i forhold til aldersgruppen over og under 18 år.

Målgruppen for enheten er alle barn mellom 0 - 18 år. Tjenestene i enhetene består av de fleste tjenestene som angår barn og unge, unntatt skolene. Det meste av samordningen er lagt til lavere nivå, som for eksempel ansvarsgrupper.

Et mer spesielt trekk ved organiseringen i denne kommunen er at leder, som fungerer som koordinator for området, også har delegert økonomisk myndighet til å forskyve ressurser etter behov, uten å gå om politisk ledelse. Dette blir, i likhet med en annen kommune, fremhevet som et godt grep for å unngå at økonomiske barrierer forhindrer samarbeid.

2.9.3 Samordning gjennom tverrfaglige team på ulike organisasjonsnivå

I NOEN KOMMUNER HAR MAN VALGT Å SAMORDNE TJENESTENE TIL BARN, UNGE OG DERES FAMILIER GJENNOM ULIKE FORMER FOR TEAM. DISSE TEAMENE KAN VÆRE PÅ LEDERNIVÅ ELLER PÅ MER UTØVENDE NIVÅ:

Flere av teamene som er på utøvende nivå tar form som tverrfaglige lavterskeltilbud av sekundærforebyggende karakter. I slike tilfeller er lavterskeltilbudet en integrert del av samordningsmodellen.

I tillegg til generell ledelse i kommunene, er det også i fire kommuner utviklet spesielle samordningsforum på ledelsesnivå. Disse skal bidra til å styrke den overordnede og generelle samordningen av tjenestene.

I EN KOMMUNE ER DET FOR EKSEMPEL ETABLERT EGET TVERRFAGLIG LEDERTEAM:

Temaet består av mellomlederne som er plassert under rådmann, og over enhetsledere innenfor PPT, barnevern, helsesjef mv. Teamet utgjør et sentralt forum i forhold til samordning på overordnet nivå, hvor det tas beslutninger og legges føringer for alle enhetene. Dette kan for eksempel være at de legger føringer på hvordan IP skal utformes og praktiseres i de enkelte enhetene og innenfor skolen.

ET ANNET SAMORDNINGSFORUM TAR FORM SOM ET *RESSURSTEAM* BESTÅENDE AV ENHETSLEDERE:

Disse skal samles for å samordne tjenester for barn som har særskilte behov. For å styrke samarbeidet på dette ledernivået, er det også etablert felles lederutdanning på området tverrfaglig samordning. Dette skal bidra til å styrke felles tenkningen i kommunen på ledernivå.

I EN LITEN KOMMUNE HAR MAN I HOVEDSAK VALGT Å SAMORDNE TILBUDET TIL BARN, UNGE OG DERES FAMILIER GJENNOM ET *TVERRFAGLIG SAMARBEIDSTEAM*:

Samarbeidsteamet består av tre ledere fra oppvekstsektoren og tre fra helse- og sosialtjenesten. Kommunelegen er overordnet leder av temaet. I tillegg er det også en daglig koordinator av teamet, som ivaretar de praktiske forberedelsene av sakene. I samarbeidsteamet deltar for øvrig ledere fra barnvern, PPT, barn- og avlastningsboliger, barn og unge og fritid, samt ledende helsesøster. Sammensetningen kan variere noe til ulike tider. Årsaken til at kommunelegen er leder av teamet er at vedkommende kun arbeider på administrativt nivå i kommunen og ikke som fastlege. I tillegg har vedkommende personlig kunnskap og interesse for feltet.

Det er ingen representant fra skolen i teamet, kun fra oppvekst og PPT. Deltakelsen fra oppvekstsektoren blir ansett som svært viktig:

"Det er veldig viktig at dette ikke bare er helse, at det bare er folk med helse- og sosialfaglig utdanning som ser det den veien. Det er viktig at det er noen som kjenner skolen og

regelverket og førskolelæreres og læreres måte å tenke verden på. For det har betydning for at de skal tørre å melde opp. Det er vesentlig at det er en pedagog i teamet, det skal man legge vekt på".

Teamet samarbeider om både generelle og individuelle saker, og det synes som de har mer individuelle saker enn beskrevet i de andre teamene på ledernivå. Målsettingen med teamet er i følge informanten:

"Bedre koordinerte tjenester. Vi skal kjenne til hverandres tjenesteområder og derigjennom få et bedre samarbeid".

I teamet diskuterer man prinsipielle saker på systemnivå, som for eksempel kommunens utforming av individuell plan. I tillegg kan man melde individuelle saker til samarbeidsteamet. Det er for eksempel mulig for en barnehagebestyrer å komme sammen med en familie og ta opp en problemstilling. Gjennom temaet får man en tverrfaglig vurdering av hvordan man bør gripe fatt i problematikken og hvordan jobbe fremover. Dette bidrar til at man samles fra starten av. Teamet arbeider noe mindre ut fra et brukerperspektiv og ut fra vekt på brukerdeltakelse enn andre kommuner. De har samtidig fått gode tilbakemeldinger fra foreldre.

Teamet har tilstrebet tilgjengelighet ved å utarbeide egen brosjyre hvor det gis informasjon om hvor man kan henvende seg. I praksis har samarbeidsteamet fortsatt for få saker, og de opplever at det er for lite kjent i kommunen. De ønsker derfor å markedsføre teamet i tiden fremover for å få flere saker. De ser behovet for et slikt type arbeid.

I EN ANNEN KOMMUNE HAR MAN VALGT Å IKKE HA EN OVERORDNET OG SAMLET SAMORDNINGSMODELL SOM ET FAMILIESENTER, MEN HELLER VALGT Å OPPRETTE MANGE ULIKE TVERRFAGLIGE TEAM SOM ARBEIDER PÅ UTØVELSESNIVÅ MED BRUKERNE:

Disse teamene er blant annet SLT og utekontakt, samt seksuelt overgrepsteam, suicidal-team og helsestasjon forsterket med psykolog.

For å samordne den tverrfaglige virksomheten har de også etablert et *eget koordinerende forum for forebyggende arbeid* hvor SLT og utekontakt deltar, samt alle etater som jobber mest med barn og ungdom.

Forumet skal utgjøre en møteplass hvor de ulike tjenestene kan treffes og drøfte saker. Det koordinerende teamet er forankret høyt oppe i kommunen og blir prioritert. Teamet skal samordne de psykososiale tiltakene i kommunen og drøfte nærmiljøtiltak som omhandler *"hvordan unngå at barna kommer ut for ting"*.

Man er opptatt av barn og unge som har *"problemer"* og *"de som sliter"*. Teamet arbeider mindre med enkeltsaker, og hovedsakelig med generell samordning av tiltak, som for eksempel aktiviteter for risikoutsatte ungdom som inkluderer flere etater. I tillegg er det egne samarbeidsmøter på ledernivå.

2.9.4 Samordning gjennom egen tverrfaglig koordinator

I EN KOMMUNE SOM SYNES DE HAR KOMMET LANGT I FORHOLD TIL TVERRFAGLIG OG HELHETLIG TENKNING OG UTARBEIDELSE AV TVERRFAGLIGE TILTAK, HAR MAN VALGT Å HA EN *EGEN TVERRFAGLIG KOORDINATOR* SOM LEDER ARBEIDET:

I kommunen er det mange ulike tiltak som også innbefatter tiltak som er av relevans for familiesentermodellen. Disse tiltakene omfatter blant annet ulike kurs som er rettet mot tidlig intervensjon overfor risikoutsatte grupper som gravide, barn til foreldre med psykiske lidelser eller rusproblemer, tilbud til de som opplever sorg og ved skilsmisser. Det er også

etablert et familiemestringsprogram som består av et åtte gangers kurs for foreldre. I tillegg har kommunen, i likhet med andre kommuner, etablert et familieteam som skal gå aktivt og oppsøkende inn i familier der det er moderate problemer, og hvor som det ordinære apparatet ikke klarer å følge tilstrekkelig opp.

Det er også faste tverrfaglige møter med deltakere for alle hjelpetjenestene for barn som vekker bekymring, og som har moderate og sammensatte problemer. Disse møtene tar form som team som er knyttet til bestemte barnhager og skoler. Når et barn vekker bekymring kan teamet gi et tilbud til foreldre om et tverrfaglig møte. Foreldre skal være likeverdige partnere i møtet. Teamet forplikter seg til å arbeide tverrfaglig og å foreta en tverrfaglig vurdering.

De tverrfaglige møtene blir opplevd som nyttige og lærerike, samtidig som de bidrar til å redusere belastningen hos foreldre ved å skulle å reise rundt til den enkelte tjenestene. For å samordne de ulike tjenestene og tilbudene har man ansatt en egen tverrfaglig koordinator som er praktisk forankret i avdelingen for skole og barnehage.

Koordinator har oversikt over tilbudene, og arbeider utadrettet mot de enkelte tjenestene for å sikre samordning og evaluere samordningsarbeidet kontinuerlig i forhold til kommunens planarbeid på dette området. Koordinator skal så rapportere til ledelsen i kommunen. I tillegg er det etablert en egen felles styringsgruppe.

2.9.5 Samordning gjennom internettprogram

I EN ANNEN KOMMUNE HAR MAN OGSÅ VALGT Å STIMULERE TIL ØKT SAMORDNING AV TJENESTENE OG BEDRE SAMORDNINGEN GJENNOM ET FLERÅRIG PROSJEKT HVOR MAN HAR UTARBEIDER ET FELLES IKT- VERKTØY FOR KOMMUNEN:

Alle i kommunen skal bruke internettet som kunnskapsbase- og verktøykasse, og alle tjenestene har utarbeidet sitt bidrag. På nettstedet står det hvilke tilbud de ulike tjenestene kan gi, og hvilke retningslinjer som skal følges når man trenger samordnede tilbud. I følge informant har dette bidratt til å gi mer helhetlig oversikt over kommunens tilbud for ansatte og befolkningen. I tillegg har utviklingsprosjektet bidratt til å fremme en felles kultur som har hatt stor betydning internt i kommunen.

2.9.6 Samordning gjennom familiesenter etter egen modell eller områdebasis team

I det følgende beskrives tre kommuner som har utviklet familiesenter etter egen modell, samt en kommune som har utviklet liknende praksis gjennom etablering av område- basis team. Disse modellene overlapper for eksempel med de tverrfaglige møteteamene som ble beskrevet i forrige punkt. Kommunene kan dermed i praksis *gjøre* det samme, selv om navnene på modellene er forskjellige.

I DEN ENE KOMMUNEN HAR DET VÆRT BEVISST SATSING PÅ FAMILIESENTER SOM HOVEDMODELL FOR SAMORDNING:

Sentermodellen er forankret høyt opp gjennom politisk vedtak og ved at enhetslederne er forpliktet til denne. Det er også etablert en egen styringsgruppe bestående av enhetsledere som er forankret i samordningen på ledelsesnivå.

Familiesentermodellen har bred oppslutning fra barnevern, helse- og sosialtjenesten, PPT, skole og barnehage. Den brede oppslutningen har trolig sammenheng med at man ved oppstart ikke oppnevnte egen koordinator eller eget hus. Utviklingen er lagt til styringsgruppen som består av enhetsledere.

Dette har bidratt til en større forpliktelse i enhetene. Enhetene har også større ansvar for den daglige driften av familiesenter, sammenlignet med andre familiesentermodeller. Det er ikke ansatt egen koordinator for familiesentermodellen, men ledelsesansvaret er lagt til leder for tjenester til barn og unge, samt styringsgruppa.

Kommunen har også utarbeidet en felles verdiplattform på tvers av enhetene. Denne plattformen er preget av en myndiggjøringstanke i møte med brukerne. For å implementere verdiplattformen er det gjennomført en ekstern veiledning og felles kurs for alle enhetene. Det er særlig behov for å øke vurderingskompetansen i forhold til lette psykiske lidelser. Ved tyngre lidelser er det utarbeidet klarere retningslinjer for oppfølging av psykolog på familiesenter eller henvisning til BUP.

I følge informanten kan familiesenter forstås som:

"Familiesenter er både et ideologisk grunnlag, en ramme for samordning og har et fysisk uttrykk som kan være noe forskjellig".

Denne familiesentermodellen er fysisk plassert i helsestasjonene. I tillegg er det bygget et nytt senter, og man har vurdert muligheten av å etablere flere egne sentre. Det ideologiske grunnlaget er basert på helsefremmende tenkning og et empowerment perspektiv:

"Vi har jobbet mye med myndiggjøring, det at foreldre alltid skal være til stede der fagfolk er og at de skal bli hørt og delta og finne egne løsninger." I tillegg har man vektlagt relasjonskompetanse og et ressurs- og mestringperspektiv.

Målgruppen for familiesentermodellen er alle mellom 0 til 20 år, og noen ganger litt over. Familiesentrene skal gi et generelt tilbud til alle og til de som trenger litt mer. I tillegg skal de også være med å tilrettelegge tjenester ved store og sammensatte behov. Det er dermed rettet mot alle forebyggingsnivåer.

Familiesentermodellen har fire familiesentre samt en underavdeling. Det er varierende grad av samlokalisering, og man arbeider med å få til mer av dette. I tilknytning til familiesentrene er det åpne barnehager som er et gratis og åpent tilbud til foreldre og barn samtidig. Barnehagene er godt besøkt og består av ulike grupper, også noen som har større vansker. I tillegg er det helsestasjon for barn og ungdom, som ivaretar både generelle tilbud og tilbud av mer psykososial karakter. Dette kan være ungdomsteam og gruppetilbud etter behov, som for eksempel grupper for barn av foreldre med psykisk sykdom, søsken av funksjonshemmede og sorggrupper.

Det er også samarbeid med familievernkontor om kurstilbud til foreldre ved samlivsbrudd. Tjenesten tilbyr i tillegg en egen familiehjelp, som har likheter med den tidligere husmorvikarordningen. Denne skal gi kortvarig veiledning og praktisk hjelp til familier med belastninger, for eksempel når foreldre har psykiske problemer. Det blir også gitt tilbud til minoritetsspråklige og til mødre som har behov for spesiell støtte.

I familiesentermodellen inngår både barnevern, PPT, helsestasjon, barnehage, skole, boligtilbud for funksjonshemmede og sosialtjenesten. Disse tjenestene veksler mellom å arbeide både på egen hånd i avdelingene og å være en dag i uken ute på familiesentrene.

Familiesentermodellen inkluderer både mer tradisjonelle tjenester og nye tiltaksformer. Det har vært noe vanskelig å inkludere alle skolene i familiesentermodellen og man arbeider aktivt med å få skolene mer delaktige.

Det understrekes at det er svært nyttig å ha med sosialtjenesten: *"Hvis du skal ha en helhetlig tilnærming er det med bolig, økonomi og arbeid avgjørende for familier"*.

Sosialtjenesten er også viktig i arbeidet med å hjelpe ungdom til å fullføre skole og i kvalifisering til arbeidsliv.

I tillegg til disse tilbudene er det også etablert fem familieråd som er knyttet til hvert familiesenter. Disse utgjør desentraliserte tverrfaglig team innenfor ulike geografiske

områder som ivaretar enkeltsaker. Familierådene samles en gang i uken. Det tar da kort tid fra henvendelsen kommer til hjelp tilbys. Familierådene har god kapasitet.

Siden antall saker har økt, og man ønsker å inkludere skolene i større grad, vurderer man nå også å danne egne familieråd på skolene. Disse likner skoleteamene, men skal kalles "familieråd - skole" for å beholde familieråd - tenkningen. Familierådene er i større grad enn familiesentrene avgrenset og rettet mot sekundærforebyggende og tertiærforebyggende arbeid. Tiltaket utgjør i praksis også et sekundærforebyggende lavterskeltilbud. De skal ikke gi hjelp til alle, men " *til de som sliter mer* " eller har sammensatt og større problematikk.

I DEN ANDRE KOMMUNEN HAR MAN EN FAMILIESENTERMODELL SOM HAR STORE LIKHETER MED DEN FORRIGE KOMMUNEN:

Den består av en styringsgruppe, et tiltakshus og et familieråd i fire distrikt, som møtes hver 14 dag. Disse familierådene har også preg av å være et sekundærforebyggende lavterskeltilbud rettet mot psykiske lidelser, primært "et trist barn" og barn og unge som har psykiske problemer i forhold til skilsmisseproblematikk. I tillegg til å behandle individuelle saker driver også familierådene oppsøkende arbeid ved barnehager. I denne familiesentermodellen deltar også skolene i familierådene. I tillegg er det en tverrfaglig gruppe på skolene som fremmet saker for familierådene. Også denne familiesentermodellen er godt fornøyd med å ha med sosialtjenesten.

I motsetning til den forrige familiesentermodellen er det også tilknyttet en egen koordinator for råd for tverrfaglig samarbeid. Koordinatoren er ikke vanlig enhetsleder, men har som mandat å gi kurs og følge opp familierådene og skolene ute slik at tverrfaglig samarbeid kommer innunder huden på de ansatte og at det vedtatte forplikter seg. I noen tilfeller er koordinator også SLT koordinator. Koordinator skal dermed bidra til å videreutvikle den tverrfaglige samordningen i kommunen.

I EN TREDJE KOMMUNE HAR DEN POLITISKE OG ADMINISTRATIVE LEDELSEN STARTET EN UTVIKLINGSPROSESS FOR Å SAMORDNE TILTAKENE PÅ EN BEDRE MÅTE, OG UTVIKLE FLERE TVERRFAGLIGE TILBUD MED BRUKERNE I FOKUS:

Målgruppen er barn og unge mellom 0- 20 år og deres foreldre. Arbeidsprosessen har ført til en samlet oppvekstplan, som ble vedtatt i 2004. Planen inkluderer også "*unger man er bekymret for*", og man har etablert en rekke tiltak innenfor helsestasjon, barnehage og skole for denne gruppen. Problemstillingene for barn og unge innbefatter tema i relasjon til fagvansker, omsorgssituasjon, psykisk helse, fysisk helse og sammensatte vansker.

På bakgrunn av planen er det også etablert fem *områdebasisteam* i kommunen som skal prøves ut med ekstern følgeforskning. En har samlet de tidligere tverrfaglige teamene på skolene, etablerte basisteam i barnehager, og samkjørt de geografiske områdene til de ulike tjenestene inkludert PPT og barnevern. Dette gjør det enklere å samordne tjenestene til den enkelte og familien. En familie skal da forholde seg til et områdebasisteam. I tillegg er det bygget opp et familiesenter i et område.

Basisteamene består av faste representanter. De har utvidet myndighet slik at de kan gjøre avklaringer i møter uten unødige forsinkelser. Det vil bli utarbeidet felles prinsipper for barn man bekymrer seg for og felles registrering. Målet er å få til lettere tilgang til spisskompetanse og å forenkle og effektivisere det tverrfaglige samarbeidet.

2.10 Samarbeid med andre tjenester

I undersøkelsen av samordningsmodellene var vi også interessert i spørsmålet om de har fått inkludert alle tjenestene de ønsket. På basis av tidligere forskning og erfaringer var vi

spesielt opptatt av om fastlegen, sosialtjenesten og skolene er med. I tillegg ønsket vi synspunkter på om samarbeider med BUP er tilstrekkelig og nyttig.

▲ *Fastlegen*

I likhet med resultater fra andre studier (Andersson & Tingvold, 2005; Andersson, 2006) er det flere kommuner som påpeker at samarbeidet med fastlegene er for dårlig, og at det er vanskelig å få legene til å delta i det tverrfaglige arbeidet om barn og unge med psykiske problemer. Dette varierer imidlertid i forhold til personlige kompetanse og interesse. Fastlegene blir ansett som mest sentrale i forhold til medisinsk vurdering og henvisninger. De anses også som viktige aktører i helsestasjon for ungdom og på skolene.

Noen få kommuner forteller imidlertid at samarbeidet har blitt langt bedre de senere årene. En kommune som er godt fornøyd med samarbeidet, begrunner dette med at leder for helsetjenesten også er leder for samarbeidsgruppen for fastleger i kommunen. I denne kommunen, som for øvrig også består av stabile fastleger, er det også en ordning hvor fastlegene har ansvar for den kommunale tjenesten som de er en del av. Alle har også tjeneste på helsestasjon og skolehelsetjenesten innen det geografiske området fastlegekontoret tilhører. Dette fungerer godt fordi fastlegen da ofte kjenner hele familien.

▲ *Sosialtjenesten*

Som det fremgikk av forrige punkt er kommuner som har klart å inkludere sosialtjenesten godt fornøyd med dette. I noen få kommuner forteller man imidlertid at det kan være vanskelig å få med sosialtjenesten i det tverrfaglige arbeidet fordi sosialtjenesten avgrenser seg til kun å arbeide med voksne.

▲ *Skolene*

Som det også fremgår av det forrige punktet har samordningsmodellene inkludert skolene i noe ulik grad. Det er også noe ulike erfaringer med skolene. Ved noen skoler er det et stort ønske om å delta i det samordnede tilbudet. Andre opplever at skolene ofte sentrerer rundt seg selv, "*så det å ha et blikk utover seg selv, det er en utfordring*".

Skolene er også mange og store systemer: "*ikke lett å nå ut til skolene*".

Mange har lagt ned mye arbeid i å få med skolene og samkjøre skolens - med kommunens tenkning for øvrig. Flere forteller imidlertid også at samarbeidet har blitt langt bedre de siste årene, og at skolene nå i større grad benytter seg av det tverrfaglige tilbudet, for eksempel i familierådene. Det er også felles åpne dager på skolene og felles kurs og gruppetilbud på den enkelte skole.

▲ *Andrelinjetjenesten*

Når det gjelder samarbeid med 2. linjetjenesten, som BUP og familievernkontor, er erfaringene også noe delte.

Flere kommuner forteller at det er vanskelig å få hjelp fra BUP på grunn av lange ventelister. Dette har også vært en viktig årsak til at kommunene har valgt å etablere egne sekundærforebyggende lavterskeltilbud.

I flere kommuner opplever man at BUP arbeider for lite utadrettet, og at det er vanskelig å få tilstrekkelig veiledning både på generelt og individuelt nivå. En informant forteller også at samarbeidet ble vanskeliggjort fordi den myndiggjørende og brukerbaserte tenkningen og verdiprofilen ikke samsvarte med BUP. De ønsket for eksempel ikke å ha alle vurderingsmøter sammen med foreldre, slik praksis er i kommunen.

Det kan også være uklarhet og uenighet om hvilken rolle de ulike partene skal ha i forhold til behandlingsansvar. Denne uklarheten skyldtes også at kommunen har ansatt egne psykologer som gjerne ville drive med noe behandling.

Det er også ønske om mer hjelp fra BUP i forhold til vurdering av problemene og tiltakene. I noen få andre kommuner opplever man imidlertid et godt samarbeid med BUP, og at tilbudet er tilstrekkelig.

BUP inngår i det tverrfaglige og samordnede arbeidet på ulike måter. I de fleste tilfellene er det faste samarbeidsmøter på ledernivå, samarbeid om henvisninger og ulike former for veiledning til ansatte i kommunen. I tillegg kan BUP delta på åpne møter i kommunen. I noen få kommuner gir BUP også kurs i barnehager om observasjon av barn. De kan også gi kurs til ansatte i barnehage og skole om AD/HD og om samtalemåter med bekymrede foreldre.

Kun en kommune har inngått et mer eksplisitt samarbeid med andre kommuner på dette området.

▲ *Brukerne*

Samarbeider med brukerne er hovedsakelig på øverste nivå i forhold utarbeidelse av planer i kommunen. I tillegg benyttes brukerundersøkelser og andre former for tilbakemelding fra brukere på utforming av tilbudet. Det er også, slik det fremgår av modellene, flere kommuner som har et sterkt brukermedvirkningsfokus. Det synes imidlertid som brukerne i mindre grad er involvert i planleggingen av selve samordningsmodellen for det tverrfaglige og samordnede tjenestetilbudet.

2.11 Barrierer og suksessfaktorer for samarbeid

I undersøkelsen ville vi også undersøke hvilke faktorer som kommunene mente er betydningsfulle for at man skal lykkes med et tverrfaglig og samordnet tjenestetilbud. I de fleste kommunene fremholder man viktigheten av både strukturelle og kulturelle forhold: *"Det handler om to ting, det handler om struktur og det handler om kultur"*.

▲ *Forpliktende og organisatorisk forankret*

Informanter fra kommunene legger mye vekt på viktigheten av "ildsjelene". For å unngå at satsingen blir for personavhengig og tilfeldig, er det viktig at den tverrfaglige samordningen er organisatorisk forankret, og at det er en sterk opplevelse av forpliktelse. Forpliktelsen bør nedfelles både gjennom formelle vedtak og rutiner og uformelt i kulturen.

Forankringen og forpliktelsen bør i tillegg være høyt oppe politisk og administrativt:

"Det må forankres på toppen, det vet jeg er kjempeviktig. Det må forankres i hvert fall på rådmannsnivå og at politikere setter fokus på det".

Det er viktig å skape en bred legitimitet og forpliktelse innenfor alle tjenestene i kommunene for å skape samordningstilbudet.

▲ *Etablert på grunnplanet*

I tillegg må den etableres på grunnplanet kommunen, hos de ansatte innenfor tjenestene. Dette er også en viktig faktor for at teamene skal fungere tilfredsstillende:

"Satt fokus på at det skal være en forpliktelse å være i teamet og at alle vet det og opplever det som forpliktende. Det er et unntak at folk ikke er med på møtet".

Forankringen måtte altså være "hele veien ned" og på alle nivå for at det skal lykkes.

I en kommune blir det fremhevet at det har vært nyttig å ha en fast modell å gå etter. Dette har gjort det lettere å skape forpliktelse. Det blir samtidig understreket at det er viktig at alle forstår at det tar tid å bygge opp en ny arbeidsform i kommunen.

▲ *Samlokalisering*

Det er noe ulike synspunkter på betydningen av samlokalisering. I noen kommuner anses dette som viktig fordi man lettere samler aktivitetene og skaper uformelt samarbeid. I andre kommuner opplever man dette som praktisk umulig. I tillegg mener man at:

"Samlokalisering er viktig, men ikke en nødvendighet for å få til et godt samarbeid".

Det går an å sitte sammen uten å samarbeide. Men man må ha en struktur og kultur for samarbeid.

▲ *Tydlig ledelse*

På samme vis som det er viktig å ha med politisk og administrativ ledelse i kommunen, fremheves også betydningen av tydelig ledelse av samordningsarbeider, og en tydelig plassering av ansvar for utviklingsarbeider i kommunen. Uansett ledelsesform blir det også påpekt i noen kommuner at det er viktig å ha et klart mandat fra kommunens øverste ledelse for arbeidet. Dette gjør det lettere å arbeide ut mot tjenestene og å evaluere arbeidet over tid.

▲ *Leder eller koordinator*

Informantene har noe ulike oppfatninger om det samordnede tilbudet skal ivaretas av en utnevnt leder innenfor tjenestene eller barn- og familieenheten, eller egen koordinator.

I noen kommuner, og særlig de som har koordinator, mener man at koordinatorstillingen er "essensiell" eller "fryktelig viktig" for å utvikle samordningen av tjenestene og sikre at tjenestene arbeider samordnet.

Dersom det ikke er egen koordinator kan man bli slukt av det daglige arbeidet. Det er også vanskeligere å jobbe helhetlig, målrettet og utadrettet mot alle tjenestene. Koordinator har dermed også en viktig funksjon som pådriver og påminner, og for å samordne det praktiske arbeidet.

På den andre siden blir det også lagt vekt på at etableringen av egen koordinator kan føre til at ledelsen for tjenestene trekker seg tilbake og ikke forplikter seg.

▲ *Økonomiske hensyn*

I flere kommuner mener man at økonomiske hensyn ofte kan være en barriere for samarbeid. Det er dermed viktig å utvikle en kultur hvor man "ser stort på det, dette er kommunale penger og ikke dine og mine".

I to kommuner har man endret det økonomiske beslutningssystemet for å lette samarbeidet. I den ene kommunen har styringsgruppen på ledelsesnivå fått myndighet til å flytte på ansatte, for å kunne sette inn ressurser raskere når behovene oppstår.

I en annen barn- og familieenhet har lederen fått delegert myndighet til å gjøre omdisponeringer på tvers av tjenestene, uten å måtte gå om politisk ledelse. I begge tilfellene mener man at dette har bidratt til å øke samordningen av tilbudet overfor brukere med spesielle behov.

▲ Felles verktøy/ metoder

I noen kommuner fremhever man også at utviklingen av felles verktøy eller metoder bidrar til bedre samordning av arbeidet og kulturen. Dette er for eksempel det nettbaserte verktøyet og felles arbeidsformer i møte med brukerne. Dette bidrar også til at man unngår å jobbe parallelt.

▲ Felles kultur

I de fleste kommunene fremhever man også viktigheten av en felles kultur.

Det er viktig at ledelsen, som for eksempel rådmann, signaliserer tydelig at samarbeid er viktig. I tillegg arbeider mange kommuner aktivt med kulturbygging på tvers av tjenestene. Denne kulturbyggingen omhandler ledernivå gjennom felles utdanning. Mange kommuner arrangerer felles møteplasser, veiledning og kurs for de ansatte innenfor de ulike tjenestene.

Gjennom felles kurs blir tjenestene mer kjent med hverandre, og man skaper felles referanserammer for arbeidet. I flere kommuner har man derfor satset på kompetanseplanlegging på tvers av tjenestene og resultatenheter. Gjennom de felles kursene blir man kjent med hverandre. Dette gjør det lettere å arbeide på tvers. I tillegg er det viktig å etablere en felles tenkning og en felles verdiplattform i kommunen. Dette må også skapes "*engasjement på mange nivåer*".

Flere informanter understreker at det er viktig å skape en god "samarbeidskultur". Det hjelper ikke med organisatoriske strukturer dersom de ansatte mangler samarbeidskompetanse, og ikke klarer å samarbeide i hverdagen. Det må skapes gode samarbeidsrelasjoner og samarbeidsstrukturer hvor man møtes som likeverdige parter, og hvor man er interessert i hverandres synspunkter.

Brukerperspektivet er sentralt for å utvikle en mer samarbeidende innstilling:

"Da møter du feltet med et helt annet blikk, da er det ikke du som er den viktige, men da er det mange som er viktige her. Da vil man lytte på en helt annen måte (...) også til hverandre og i den hjelp brukeren ønsker seg".

▲ Motivasjon

I tillegg til viktigheten av struktur og kultur, fremheves også viktigheten av at de ansatte opplever samordningsmodellen og det tverrfaglige arbeidet som "*nyttig*". I en travel hverdag med tidspress er det viktig å skape noe som fungerer godt både for personalet og brukerne. Man trenger derfor innledningsvis noen gode suksesshistorier som kan virke motiverende. Det gjør at personalet blir interessert i å benytte tilbudet. I flere kommuner har man derfor lagt vekt på at de ansatte involveres i utviklingen av samordningsmodellen på et tidlig stadium, og får medvirke i utformingen tilbudet.

I flere kommuner fortelles det at opplevelsen av nytte har endret seg over tid. I noen tilfeller har tjenesten eller ansatte i en tidlig fase sett på samordningsmodellen som en belastende ekstraoppgave. Etter hvert har de imidlertid opplevd det tverrfaglige arbeidet som svært nyttig fordi tilbudet gjør at de ikke lenger må arbeide alene med problemstillingene.

Samarbeidet gjør det også mulig å få hjelp av andre, både vurderingsmessig og tiltaksmessig. For eksempel kan sosialtjenesten i større grad henvise til ulike aktivitetstilbud for barna i møte med familien, og skolene kan få hjelp av andre helsetjenester når det er barn som strever.

Det tverrfaglige nettverket gir dermed også tilgang til eksterne ressurser som kan lette arbeidsbyrden og øke kvaliteten på tilbudet på en måte som oppleves som hensiktsmessig av de ansatte. Gjennom disse erfaringene øker også motivasjonen og interessen for samarbeidet.

2.12 Vurdering av effekter av samordningsmodeller

I prosjektet ønsket man også kommunenes vurderinger av effekten av samordningsmodellene:

- I hvilken grad bidrar samordningsmodellene til å gi et helhetlig og sammenhengende tilbud?
- Er effekten størst for samarbeider tjenestene i mellom, eller overfor brukerne?

DE KOMMUNENE SOM HAR MEST UTARBEIDETE SAMORDNINGSMODELLER MENER AT DETTE HAR VÆRT VIKTIG FOR Å FÅ SAMORDNET TJENESTENE BEDRE OVERFOR BRUKERNE:

De fremholder at tilgjengeligheten til et tverrfaglig tilbud har økt, og at de benytter ressursene bedre enn tidligere.

I MANGE KOMMUNER ER MAN FORNØYD MED SAMORDNINGSMODELLEN BÅDE NÅR DET GJELDER TEAM OG FAMILIESENTERLIGNENDE MODELLER. DE SYNTES MODELLEN FUNGERER GODT OG AT DE I STØRRE GRAD HAR KLART Å SAMLE TJENESTENE MOT SAMME FOKUS:

Flere fremhever også at den økte tverrfagligheten er en spennende og utviklende arbeidsmåte både for tjenesten og den enkelte. I tillegg får de samlet aktivitetene lettere når de er mer samordnet og samlokaliserte.

2.12.1 Effekter for brukerne?

Det er vanskelig å si noe om effektene på barn og unges problemer, da det ikke er gjennomført mer systematiske studier på dette. Flere mener imidlertid at det er i en positiv utvikling i forhold til å skape et helhetlig tilbud til brukere med psykososiale behov:

"Synes at vi har kommet et skritt videre enn tidligere og at vi har større muligheter for å gi hjelp til familier som har behov for mer enn det generelle tilbudet."

SÆRLIG ER ETABLERING AV ULIKE LOKALE TEAM OG FAMILIERÅD FREMHEVET SOM GODE ARBEIDSFORMER FOR Å GI ET BEDRE TILBUD:

Mange legger samtidig vekt på at det fortsatt er "en vei å gå", for å forbedre den tverrfaglige samordningen. Noen fremhever også, som ved lavterskeltilbudene, behovet for å markedsføre tilbudet slik at det ble mer benyttet.

Noen forteller også at familierådene eller familietilbudene kan oppleves mindre stigmatiserende av foreldre enn for eksempel barnevern, og at det derfor er lettere å oppsøke tilbudet.

Til tross for at mange barn og unge har så vanskelige levekår at det kan være vanskelig å skape endringer, mener informantene at modellen bidrar til at de klarer å nå fram til en del barn og unge:

"Ja, jeg mener vi får tak i dem, så får vi håpe at vi får gjort at det utvikler seg mer positivt enn det ellers ville ha gjort".

Mange forteller også at de får positive tilbakemeldinger fra foreldre på de ulike tilbudene.

Det er noe ulike oppfatninger om hvilke barn og unge som er lettest å nå. I en kommune er det lettere å nå de små barna sammenlignet med skolebarn, fordi skolen er forholdsvis lite

medvirkende. Det blir imidlertid også påpekt at det kan mangle tverrfaglige samordningstiltak rettet mot de minste, og overfor barn og unge som har lettere psykiske problemer.

3 Lavterskeltilbud

Resultater kvantitativ undersøkelse

3.1 Kvantitativt perspektiv

Den kvantitative kartleggingen av kommunale lavterskeltilbud gir en oversikt over omfanget av slike tilbud i det aktuelle kommuneutvalget. Videre gir kapitlet en oversikt over i hvilken grad kommuner som *ikke* har etablert lavterskeltilbud, har utredet behovet for et slikt tiltak, samt hvordan de vurderer at behovet for dette er.

3.1.1 Hvor mange kommuner har lavterskeltilbud rettet mot barn og unge med psykiske problemer og deres familier

Totalt er det 59 kommuner som svarer at de har et lavterskeltilbud. Begrepet lavterskeltilbud brukes ofte om tjenester som for eksempel helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Her er vi opptatt av lavterskeltilbud for barn og unge med psykiske problemer. Vi har derfor gått gjennom alle svarene og vurdert om de har tjenester rettet mot denne gruppen. En totalvurdering av tilbudet som er beskrevet, avgjør om de har et lavterskeltilbud rettet mot definerte grupper, barn, unge, eller familier som oppfattes å være i risiko for å utvikle psykiske problemer. Kriteriene har blant annet vært om de har fagpersoner med kompetanse innenfor psykisk helse (psykiatrisk sykepleier, psykolog, omsorgsarbeider med videreutdanning i psykiatri m.m.) og spesielle tjenester som for eksempel psykiatrhjelp på ungdomshelsestasjonen.

Totalt er det 33 kommuner av 98 (35,7 prosent) som har lavterskeltilbud rettet mot barn og unge med psykiske problemer.

Disse tilbudene inkluderer tiltak som helsestasjon med ungdomspsykolog, psykologisk forebyggingsteam og diverse forebyggende tilbud rettet mot barn og ungdom som har problemer. De enkelte formene for lavterskeltilbud beskrives grundig i kapittel 3.3.

3.1.2 Om kommuner som ikke har aktuelle lavterskeltilbud

Vi har spurt kommunene om de har utredet behovet for et lavterskeltilbud for barn, unge og familier med psykiske problemer, hvordan behovet for et lavterskeltilbud er nå, og hvilke tjenester som har etablert tiltak rettet mot barn, unge og familier med psykososiale problemer.

3.1.2.1 Behovsutredning og behov for lavterskeltilbud

Tabell 3.1 Er behovet for et lavterskeltilbud utredet?

	Antall	Prosent	Gyldig prosent
Nei	37	57	74
Ja	8	12	16
Planlegger å utrede behovet i 2006	5	8	10
Ikke svart	15	23	
Total	65	100	100

50 av de 65 kommunene som ikke har lavterskeltilbud svarer på dette spørsmålet (77 prosent). Av de som svarer, sier 74 prosent at de ikke har utredet behovet for et tilbud. 13 av kommunene svarer at de har utredet behovet, eller at de planlegger å utrede behovet i 2006.

Omtrent en av fire av kommunene som i dag ikke har et lavterskeltilbud, har tidligere utredet behovet for et lavterskeltilbud, eller de har tenkt å utrede behovet i 2006.

Vi har også spurt når denne utredningen ble foretatt, men det er få som har svart på dette (totalt 11 kommuner). Svarene sprer seg fra 1994 til 2005, der det er flest som har utredet behovet de siste par årene.

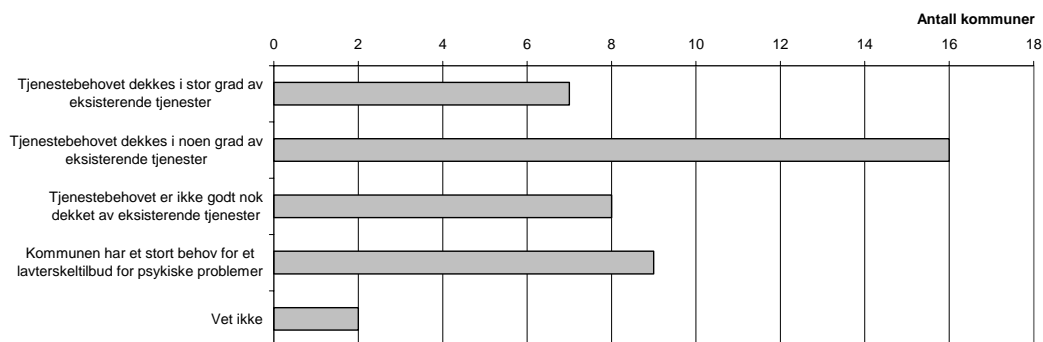
Et viktigere spørsmål er hvordan behovet for et lavterskeltilbud er nå. Av de 65 kommunene som ikke har et lavterskeltilbud har 42 svart på dette spørsmålet.

Tabell 3.2 I hvor stor grad er det behov for et lavterskeltilbud nå?

	Antall	Prosent	Gyldig prosent
Tjenestebehovet dekkes i stor grad av eksisterende tjenester	7	11	17
Tjenestebehovet dekkes i noen grad av eksisterende tjenester	16	25	38
Tjenestebehovet er ikke godt nok dekket av eksisterende tjenester	8	12	19
Kommunen har et stort behov for et lavterskeltilbud for psykiske problemer	9	14	21
Vet ikke	2	3	5
Ikke svart	23	35	
Total	65	100	

Ser vi bare på de som svarer, dvs 42 kommuner, finner vi følgende fordeling.

Figur 3.1 I hvor stor grad er det behov for et lavterskeltilbud nå?



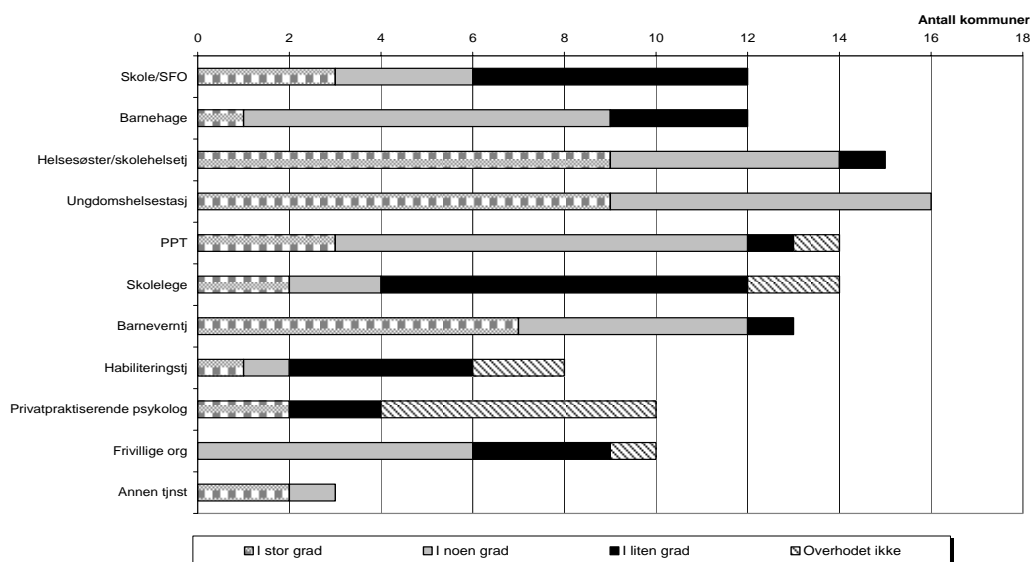
Det er flest som mener at tjenestebehovet i noen grad dekkes av eksisterende tjenester (16 kommuner, og 38 prosent av de som har svart). Ni kommuner (21 prosent) svarer at kommunene har et stort behov for et lavterskeltilbud til barn og unge med psykiske problemer.

55 prosent av kommunene som svarer på spørsmålet sier at tjenestebehovet i stor grad eller i noen grad dekkes av eksisterende tjenester. 40 prosent svarer at tjenestebehovet ikke er godt nok dekket av eksisterende tjenester, eller at de har et stort behov for et slikt lavterskeltilbud.

3.1.2.2 Hvor får barn og unge med psykiske problemer hjelp dersom kommunen ikke har lavterskeltilbud?

Det er få kommuner som svarer på disse spørsmålene, fordi det var mange som mente de hadde et lavterskeltilbud og derfor ikke svarte på disse spørsmålene. Det er derfor vanskelig å si hvor representative disse svarene er. Vi finner likevel et relativt klart mønster.

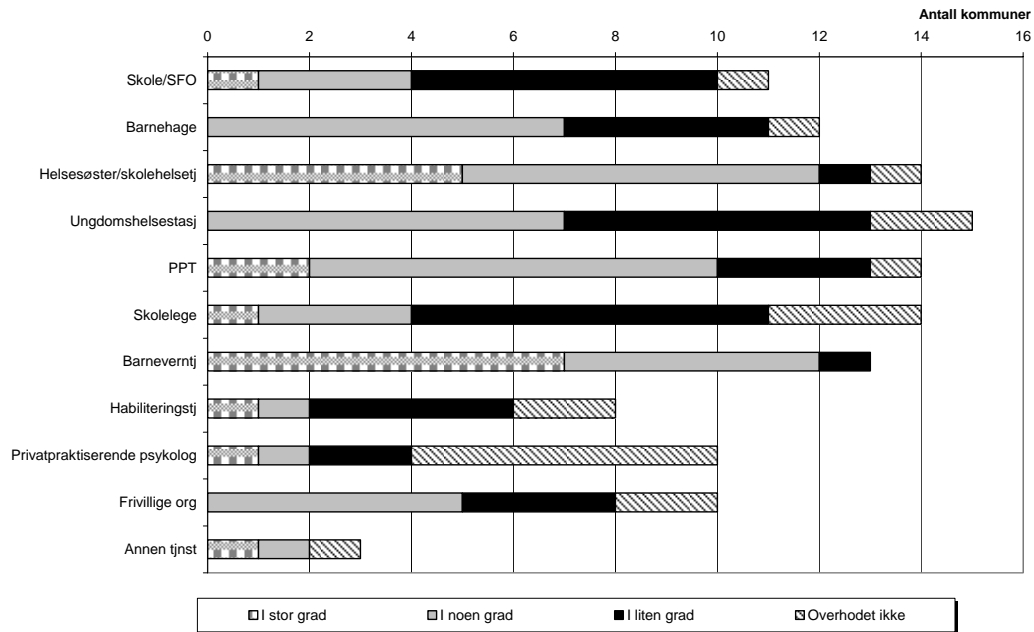
Figur 3.2 I hvilken grad har følgende tjenester/aktører etablerte tiltak rettet mot barn og unge med psykososiale problemer?



Særlig er det ungdomshelsestasjon, helsesøster/skolehelsetjeneste og barnevern som i stor grad har etablerte tiltak rettet mot barn, unge og familier med psykososiale problemer. Vi ser også at skolelege, skole/SFO i liten grad har slike etablerte tiltak, mens særlig privatpraktiserende psykologer i mange kommuner overhodet ikke har etablerte tiltak.

Vi ser på det samme i forhold til familier.

Figur 3.3 I hvilken grad har følgende tjenester/aktører etablerte tiltak rettet mot familier med psykososiale problemer?



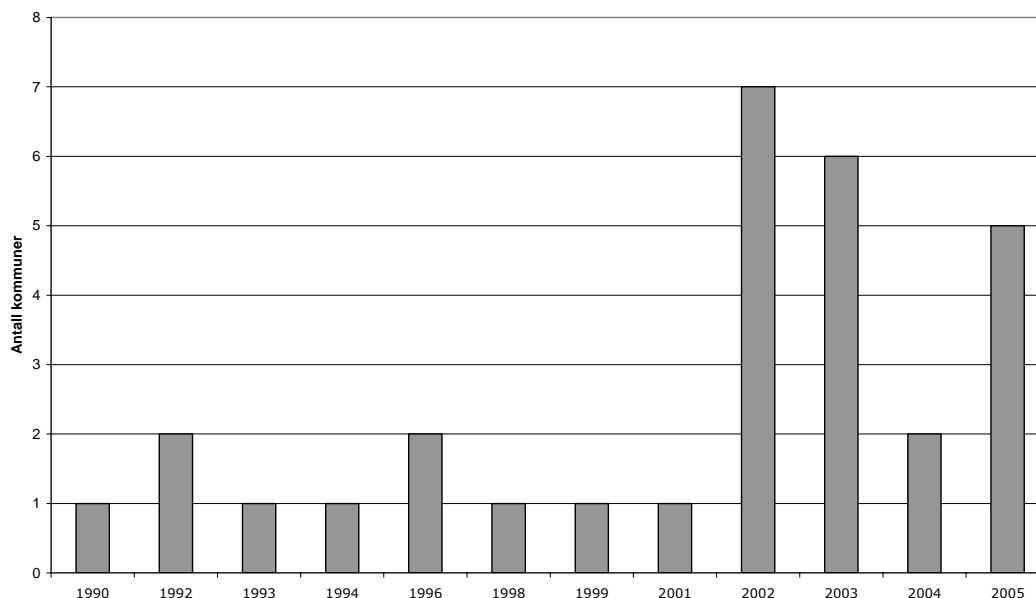
Mønsteret er mye det samme, men det er ingen som svarer at ungdomshelsestasjonene i stor grad har etablerte tiltak rettet mot familier.

Det er en stor andel av kommunene som svarer at de ikke har etablerte tiltak rettet mot familier hos skolelegen og ungdomshelsestasjonene. Ellers er bildet ganske likt bildet som fremkommer for etablerte tiltak for barn og unge.

3.1.3 Om kommuner som har lavterskeltilbud rettet mot psykiske problemer

Vi har videre spurt om når lavterskeltilbudet ble etablert. Av de 33 som har et lavterskeltilbud, er det 30 som svarer på når det var etablert. Fordelingen vises i figur 3.4.

Figur 3.4 Når ble lavterskeltilbudet etablert? (N=30).



Ti av kommunene etablerte tilbudet i 2001 og tidligere. Det er ikke et tydelig mønster, men 2002 var det året flest av tilbudene ble opprettet. I 2004 var det to av kommunene i utvalget som etablerte tilbud og fem av kommunene opprettet tilbudet i 2005.

3.1.3.1 Brukere av kommunale lavterskeltilbud

Vi har videre spurt om antall brukere i 2005 fordelt på fire aldersgrupper og separert mellom brukere som kommer i følge med voksen og brukere som kommer uten følge av voksen. Det er ikke alle som har registrert dette, eller som har mulighet for å registrere dette i dagens system. Manglende oversikt over antall brukere har sammenheng med måten tilbudet er utformet på.

I denne kartleggingen finner vi altså at det er relativt få som registrerer detaljerte data om brukere av lavterskeltilbud. Av de 33 kommunene som har et slikt tilbud, er det 14 kommuner (42 prosent) som har informasjon om aldersfordelingen, selv om den ikke alltid er oppgitt i samme kategorier som vi har brukt. De registrerer brukere ut fra hvordan tilbudet er utformet, og det er derfor varierende hvilke kategorier som brukes. I tillegg til disse 14 er det fem som kjenner totalt antall brukere, men som ikke har aldersfordeling. Minst 10 kommuner eller 30 prosent mangler informasjon om brukere og tre av disse kommunene sier at et slikt system er på vei. Tre andre kommuner har ikke svart på dette spørsmålet og det er sannsynligvis fordi de ikke har denne informasjonen.

Tabell 3.3 Kommunenes oversikt over brukere av lavterskeltilbud fordelt på ulike aldersgrupper.

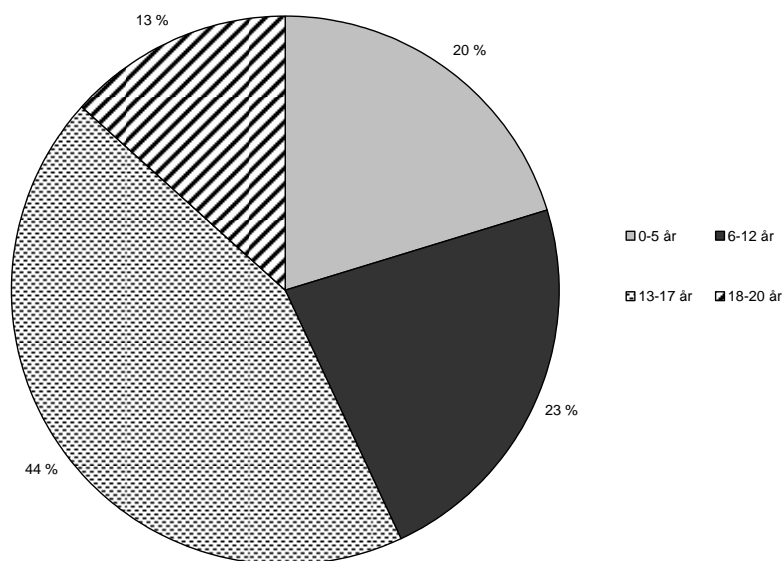
	Antall	Prosent
Vet aldersfordeling og totalt antall brukere	14	42
Vet totalt antall brukere	5	15
Statistikk mangler	7	21
System kommer	3	9
Ikke svart	4	12
Total	33	100

Det er 14 kommuner som vet aldersfordelingen, men det oppgis ofte i andre intervall enn vi har spurt om. Det er også flere kommuner som ikke kan skille mellom brukere som kommer med eller uten følge av voksen.

Om vi ser på de ni kommunene som har informasjon om antall brukere fordelt på om de kommer med eller uten følge med voksne, finner vi at 68 prosent kommer i følge med voksne og 32 prosent kommer alene. Utvalget er svært lite og det er vanskelig å si noe videre om dette. Andelen som kommer uten følge øker selvsagt med alderen. I gruppen 0-5 år kommer alle i følge med voksne, men i alderen 6-12 år kommer 22 prosent uten følge med voksne og 40 prosent av de mellom 13-17 år.

For ni kommuner har vi inndeling i samme aldersgrupper og fordelingen er vist i figur 3.5.

Figur 3.5 Fordeling av brukere i ulike aldersgrupper i prosent. N=9 og totalt 872 brukere.



Utvalget er lite og vi kan ikke si at det er representativt for lavterskeltilbud generelt, gitt at det er stor variasjon i tilbudene og hvilke aldersgrupper det er rettet mot. 44 prosent av brukerne er i aldersgruppen 13-17 år og 13 prosent er i den eldste aldersgruppen. De fleste

brukerne er altså ungdommer. 20 prosent er barn i alderen 0-5 år og 23 prosent av brukerne er mellom 6 og 12 år.

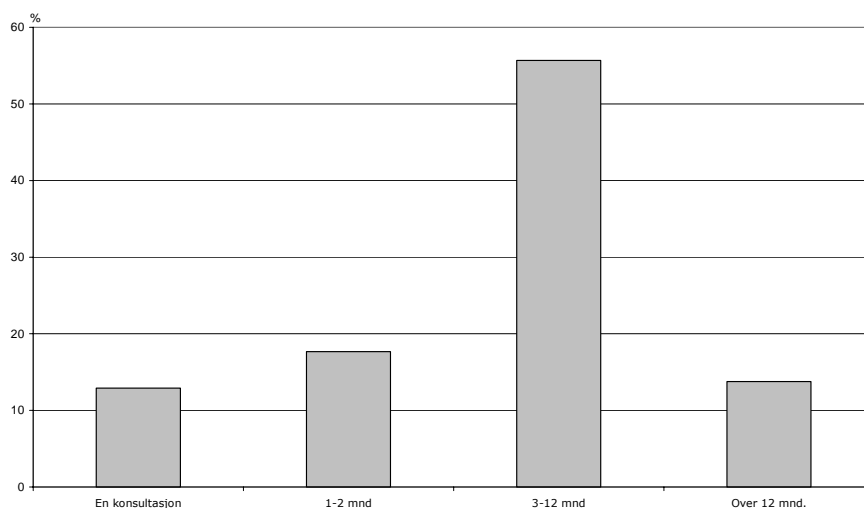
Vi har i tillegg spurt om antall brukere fordelt på tiltaksperioder. Dette er det svært få som har oversikt over. 10 kommuner har ikke svart på dette, og om vi antar det er fordi data ikke finnes, er det 23 kommuner eller nesten 70 prosent som mangler informasjon om antall tiltaksperioder i 2005. Åtte av kommunene har detaljert informasjon, mens to kommuner er i stand til å gjøre en fordeling av brukere basert på tiltaksperiode. Blant de som ikke har oversikt, er det tre kommuner som planlegger å ta i bruk et system som muliggjør registrering.

Tabell 3.4 Kommunenes oversikt over brukere av lavterskeltilbud fordelt på lengden av tiltaksperioder. (N=33)

	Antall	Prosent
Vet fordeling	7	21
Vet antall og grov fordeling	2	6
Statistikk mangler	10	30
I fremtiden	3	9
Ikke svart	11	33
Total	33	100

Sju av kommunene vet fordelingen på ulike tiltaksperioder. 30 prosent sier at statistikk mangler og 3 kommuner sier de vil få oversikt over dette etter hvert. Om vi bruker de sju kommunene som har denne informasjonen, finner vi følgende fordeling.

Figur 3.6 Fordeling av antall brukere etter tiltaksperiode i 2005. N=7 og totalt 827 brukere.



Over halvparten av brukerne har tiltaksperioder som varierer mellom 3 og 12 måneder (56 prosent). Tretten prosent har én konsultasjon, og 14 prosent mottar tiltak i over ett år. Resten av brukerne har tiltaksperioder på mellom en og to måneder (17 prosent).

Om vi kombinerer informasjonen som er gitt under aldersfordeling og tiltaksperioder på antall brukere, kan vi finne informasjon om totalt antall brukere for 19 av disse kommunene. Det er relativt uinteressant å se på antall brukere uten å ta hensyn til størrelse på kommunene. Vi har derfor koblet data fra spørreundersøkelsen med innbyggertall for å se på antall brukere relativt til kommunestørrelse.

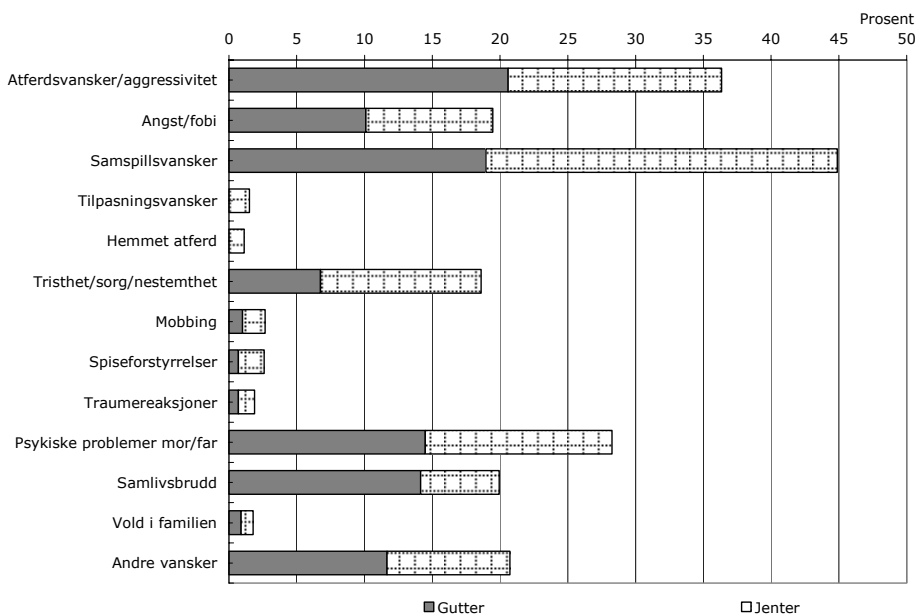
I gjennomsnitt har kommunene som har lavterskeltilbud 0,022 brukere per innbygger i alderen 0-20 år. Eller sagt på en annen måte; I overkant av to prosent av alle barn og unge yngre enn 20 år er brukere av kommunens lavterskeltilbud.

Det er relativt stor variasjon mellom kommunene, der den laveste andelen brukere er 0,5 prosent og den høyeste er 7,3 prosent. De fleste kommunene ligger med en brukerrate på mellom 1 og 2 prosent av befolkningen under 20 år. Her er utvalget for lite til å kunne gi noen fordeling ut fra kommunestørrelse osv.

Vi har videre spurt om fordelingen på brukere ut fra henvendelsesgrunner fordelt på gutter og jenter. Her er det veldig få som har informasjon registrert på dette. Noe av forklaringen på dette kan være at slike lavterskeltilbud i mindre grad legger vekt på diagnoser og symptomer, noe vi kommer tilbake til i neste del av kapitlet.

Vi har plukket ut åtte kommuner som ser ut til å ha fullstendig oversikt over fordelingen på henvendelsesgrunner for barn og unge. Det er omtrent like mange gutter og jenter i dette utvalget. Totalt er det 227 gutter og 229 jenter.

Figur 3.7 Fordeling på ulike henvendelsesgrunner i 2005 for gutter og jenter. 8 kommuner og totalt 456 brukere.

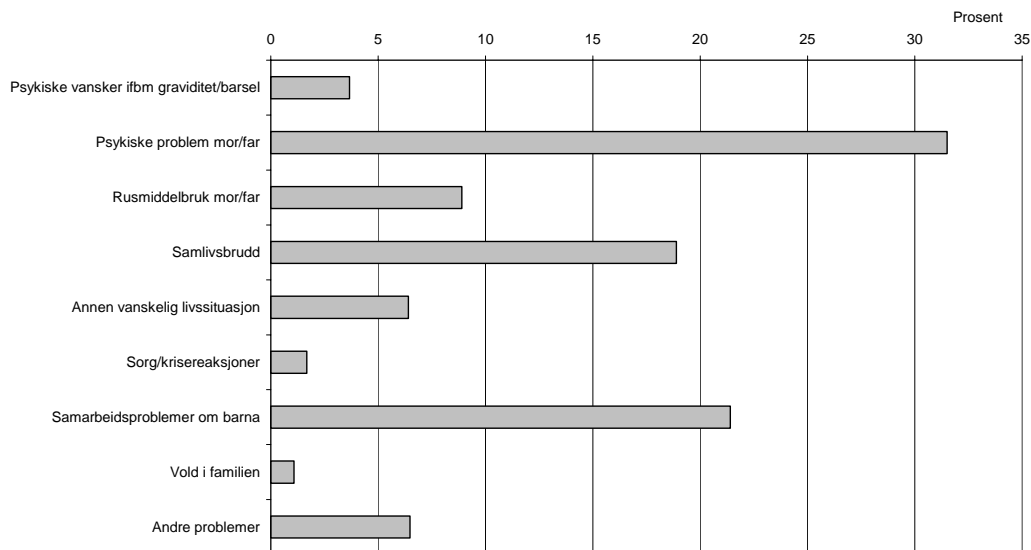


Vi ser at de fleste henvendelsesgrunnene for gutter er atferdsvansker/aggressivitet, samspillsvansker, psykiske problemer hos mor/far og samlivsbrudd. Hos jenter er de vanligste henvendelsesgrunnene samspillsvansker, atferdsvansker/aggressivitet, psykiske problemer mor/far og tristhet/sorg/nedstemthet.

De vanligste henvendelsesgrunnene til lavterskeltilbudene i utvalget er samspillsvansker, atferdsvansker/aggressivitet og psykiske problemer hos mor eller far.

Vi har videre spurt om henvendelsesgrunner for familier. Her er enheten antall familier. Totalt er det 267 familier i åtte kommuner som gir grunnlaget for følgende fordeling.

Figur 3.8 Fordeling på ulike henvendelsesgrunner i 2005 for familier. 8 kommuner og 267 familier.



Vi ser fra denne oversikten at de fleste familiene som får hjelp kommer pga psykiske problemer hos mor eller far. Den nest vanligste årsaken til at de kommer til lavterskeltilbudet er samarbeidsproblemer om barna, og deretter samlivsbrudd.

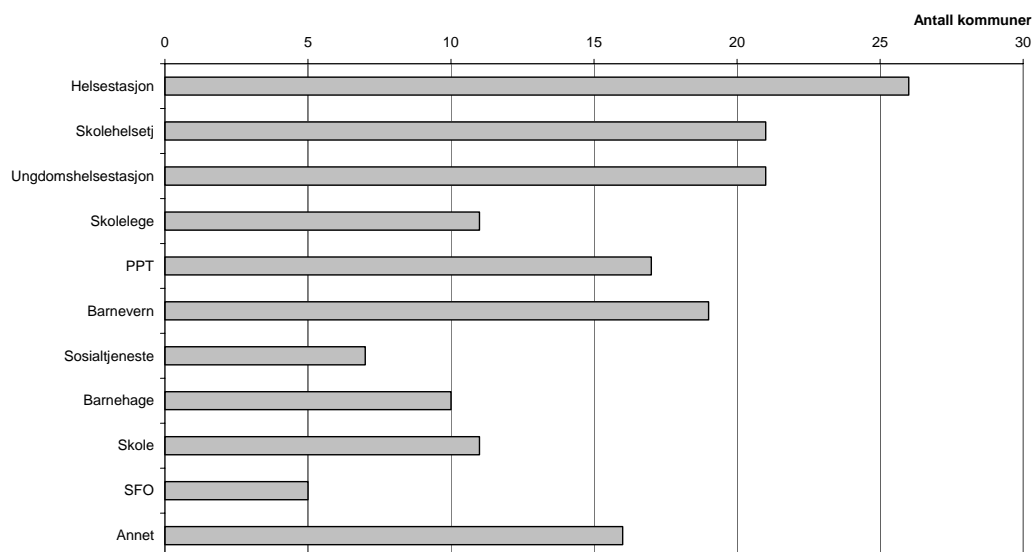
Over 30 prosent av familiene som får hjelp ved lavterskeltilbudet kommer pga psykiske problem hos mor eller far. Samarbeidsproblemer om barna og samlivsbrudd er også viktige årsaker til at familier har kontakt med lavterskeltilbudet.

Videre har vi spurt om hvilke tjenester som samarbeider om lavterskeltilbudet.

3.1.3.2 Hvilke tjenester samarbeider om lavterskeltilbud

Her skulle respondentene sette kryss ved de tjenestene som samarbeider.

Figur 3.9 Hvilke tjenester samarbeider om lavterskeltilbudet. N=29 kommuner.



Det er 29 kommuner av de 33 som har lavterskeltilbud som har svart på alle spørsmålene. Vi ser særlig at helsestasjonen er den mest sentrale tjenesten i forhold til denne typen lavterskeltilbud. Den minst involverte aktørene er SFO og sosialtjenesten.

Fra kapitlet om samordningsmodeller vet vi at barnevern, helsestasjon, PPT og skolehelsetjenesten er de tjenestene som hyppigst inngår i samordningsmodeller. I tillegg til ungdomshelsestasjonene er dette de samme som hyppigst samarbeider om lavterskeltilbud. Dette bekrefter den sterke sammenhengen mellom samordning/samarbeid og lavterskeltilbud som vi kommer tilbake til kapittel 3.3.

Vi ser at særlig helsestasjon, skolehelsetjenesten, ungdomshelsestasjonen og barnevernet som samarbeider om lavterskeltilbud. Den minst involverte aktøren er SFO og sosialtjenesten. Under kategorien annet svarer respondentene BUP, psykisk helsevern generelt, ungdomskontakt og diverse utdanningsinstitusjoner.

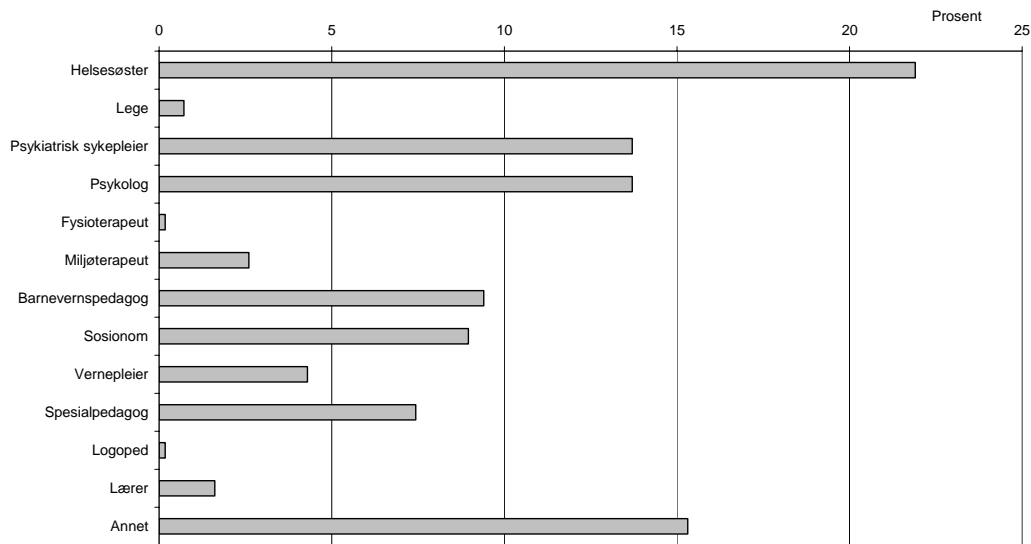
3.1.3.3 Yrkesfaglig kompetanse og årsverk knyttet til lavterskeltilbudet.

En del av kommunene synes det har vært vanskelig å tallfeste antall årsverk knyttet til lavterskeltilbudene. Dette har sammenheng med at det er veldig ulik organisering og innhold i disse tjenestene, og at de som arbeider der har funksjoner i andre stillinger.

Det er likevel 26 av de 33 kommunene som har kunnet svare på dette. To kommuner vet kategoriene, men ikke årsverksinnsatsen, to kommuner sier det er vanskelig å si fordi de også har andre funksjoner og tre kommuner har ikke svart på spørsmålet.

Totalt for disse 26 kommunene er det 112 årsverk knyttet til lavterskeltilbudene. Dette gir et gjennomsnitt på 4,3 årsverk per kommune.²

Figur 3.10 Prosentvis fordeling på ulike årsverk i lavterskeltilbudene. N=26 og totalt antall årsverk er 112.



Her ser vi at over 20 prosent av årsverkene i lavterskeltilbudene er helsesøster. Det er totalt i disse 26 kommunene like mange psykiatriske sykepleiere som psykologer (nesten 14 prosent). Rundt ni prosent av årsverksinnsatsen kommer fra barnevernspedagoger, og nesten like mange utføres av sosionomer. Det er få logopeder, fysioterapeuter og leger knyttet til lavterskeltilbudene i disse kommunene.

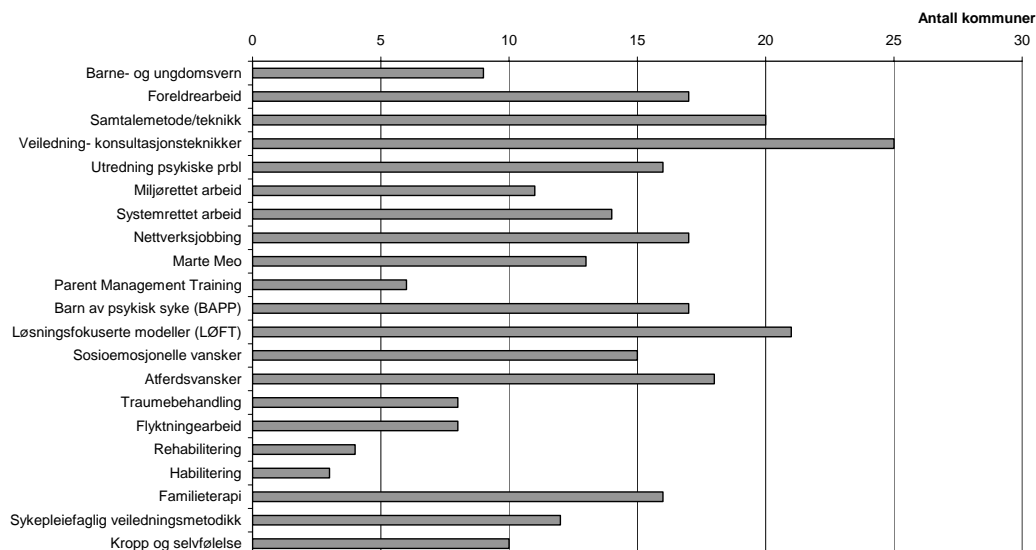
Som vi ser er "annet" kategorien relativt stor. Her er mange ulike yrkesgrupper representert. Dette er bla psykoterapeut, sosiolog, diverse yrkesgrupper med videreutdanning i familierapi/arbeid og psykisk helse, helsefremmende arbeid, PMTO terapeut, Marte Meo terapeuter og en jordmor.

Helsesøstre står for mer enn 20 prosent av årsverksinnsatsen i de 26 kommunene som kan svare på dette. Psykiatriske sykepleiere og psykologer står hver for omtrent 14 prosent av årsverkene. Barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere er også relativt godt representert i tilbudene, mens få logopeder, fysioterapeuter og leger er knyttet til lavterskeltilbudene.

Vi har videre spurt om ansattes formalkompetanse fra kurs/ videreutdanninger. Her skulle respondenten sette kryss og det var oppgitt 21 ulike kategorier. 29 kommuner har svart på dette spørsmålet.

² Her kan vi ikke si gjennomsnittlig antall årsverk per lavterskeltilbud for noen kommuner kan ha rapportert på flere lavterskeltilbud.

Figur 3.11 Ansattes formalkompetanse fra kurs/ videreutdanninger. N=29



Nesten alle kommunene som har et lavterskeltilbud rettet mot barn, unge og familier har ansatte med kurs eller videreutdanning i veiledning – konsultasjonsteknikker. De fleste har også ansatte som har vært kurset i løsningsfokusede modeller og har kompetanse på samtalemetode/teknikk. Relativt få har videreutdanning eller kurs innen rehabilitering og habilitering, uten at vi vet noe om behovet for dette blant de ansatte.

De aller fleste kommunene svarer at ansatte ved lavterskeltilbudene har formalkompetanse innen veiledning - konsultasjonsteknikker, samtalemetode/teknikk og løsningsfokusede modeller (LØFT). Mange har kompetanse innen atferdsvansker, foreldresamarbeid, nettverksjobbing og familieterapi.

Til slutt har vi gjort en sammenlikning mellom kommuner med og uten lavterskeltilbud rettet mot barn, unge og familier med psykiske problemer. Det er ikke systematiske forskjeller mellom kommuner som har, - og som ikke har lavterskeltilbud i forhold til inntekt (nivå på frie inntekter), men det er geografiske forskjeller. I utvalget har Østfold, Vest-Agder og Akershus relativt flere kommuner med lavterskeltilbud enn ellers i landet. Det kan imidlertid være vanskelig å vurdere om dette gjelder generelt, jfr. kapittel 1.4 om representativitet.

Resultater kvalitativ undersøkelse

3.2 Ulike former for lavterskeltilbud i utvalgte kommuner,

3.2.1 Innledning

I alt 12 kommuner ble intervjuet om lavterskeltilbud for psykiske problemer. I dette kapitlet vil vi beskrive viktige kjennetegn ved disse lavterskeltilbudene. Dette omhandler organisering, målgrupper, omfang og innhold i tilbudet. I tillegg diskuterer vi kommunenes erfaringer med lavterskeltilbud og deres vurdering av behovet for et slikt tilbud.

Et viktig anliggende for den kvalitative analysen er også å studere den tenkning som kommunene legger til grunn for tilbudet og hvordan de ser på kommunens oppgaver og funksjon i forhold til sekundærforebygging for barn og unge som har problemer. Det også et viktig spørsmål i hvilken grad vanlige ordinære tjenester, herunder primærforebyggende tjenester som for eksempel helsesøster, inngår i det sekundærforebyggende arbeidet. Som det vil fremgå av beskrivelsene er også tenkningen om lavterskeltilbud i kommunene noe forskjellige. Det er også ulike oppfatninger om grenseoppgangen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Beskrivelsen av de ulike tilbudene kan dermed styrke grunnlaget for mer overordnede vurderinger av hvordan disse lavterskeltilbudene kan og bør utvikles i tiden fremover.

I kapitlet vil vi først ta for oss kommunenes tenkning om psykososiale lavterskeltilbud til barn og unge. Deretter beskriver vi de ulike typer lavterskeltilbud som finnes i de 12 kommunene og samarbeidet med 2. linjetjenesten. Disse vil så inndeles i noen hovedkategorier for deretter å beskrives nærmere. Avslutningsvis ser vi på vurderingen av lavterskeltilbudene i kommunene i forhold til erfaringer, effekt og behovet for sekundærforebyggende lavterskeltilbud.

3.2.2 Kommunenes tenkning og tilnærming til barn og unge med psykiske problemer

Mange kommuner er opptatt av hvordan de skal begynne å arbeide med barn og unge med psykiske problemer, eller de barn og ungdom *"som strever"* i kommunen på best mulig måte.

Noen kommuner har lang tradisjon for å arbeide med denne gruppen. Lavterskeltilbudene kan da være en utbygging og *"spissing"* av eksisterende tilbud i sekundærforebyggende retning. Andre er mer usikre på hvordan de skal utforme slike tilbud og er i en forsiktig oppbygningsfase. For mange kommuner kom utbyggingen som følge av opptrappingsplanen for psykisk helse hvor de benyttet øremerkede midler for å styrke tilbudet til barn- og unge med psykiske problemer på ulike måter.

Ut fra beskrivelsene i intervjuene inngår også ofte lavterskeltilbudene som del av samordningsmodellen for en tverrfaglig og helhetlig tjeneste i kommunen forøvrig, eller de samvirker med de ordinære tjenestene på ulike måter. De ulike lavterskeltilbudene kan også utfylle hverandre. På denne måten skapes ofte gode synergieffekter. Lavterskeltilbudene må derfor forstås i en større helhetlig kontekst. Lavterskeltilbudet inngår i helhetlige tiltakskjeder som del av kommunens øvrige tilbud, som for eksempel helsestasjon for ungdom, som en informant beskrev: *"De er jo en del av samordningen samtidig som det er et lavterskeltilbud."*

Som det vil fremgå av beskrivelsen av de ulike tilbudene har kommunene også ulik tenkning bak satsingen på lavterskeltilbud. Denne tenkningen preger ofte den konkrete utformingen av lavterskeltilbudet. Tenkningen er ofte preget av *hvor* i kommunen tilbudet er forankret og

ledet, for eksempel i barne- og familie etaten versus psykiatritjenesten i kommunen. Lavterskeltilbudet kan på denne måten være preget av en "psykiatri" - eller helsefaglig tenkning versus en mer sosialfaglig eller bred forebyggende tenkning. De ulike faglige ståstedene kan også integreres på ulike måter i det konkrete tilbudet.

En annet kjennetegn ved kommunene, er at de i mindre grad enn spesialisthelsetjenesten beskriver barn og unges problemer ut fra vekt på diagnoser og symptomer, selv om de også inkluderer en slik tenkning når dette er relevant. I kommunene beskriver man ofte problemene i termer som at barn og ungdom "strever", at de "sliter" og at de for eksempel "trenger hjelp til å komme videre i livet sitt".

Måten kommunen arbeider på er forskjellig fra spesialisthelsetjenesten. De arbeider ofte bredere og mer kontinuerlig rettet mot barn og unges hverdagsliv. De er også i mindre grad fokusert på inntakskrav, konsultasjoner og registrering av arbeidet som enkeltsaker eller enkeltsamtaler. Dette er også en viktig årsak til at flere fortalte at det hadde vært vanskelig å utfylle spørreskjema slik det var utformet. Spørreskjema klarte ikke å fange opp alt arbeidet som faktisk gjøres i kommunen på dette området og kommunenes særegne arbeidsform og rasjonalitet på en tilstrekkelig måte. Telefonintervjuene var viktig for å fange opp kommunenes særpreg.

3.2.3 Hvilke ulike typer lavterskeltilbud finnes i kommunene?

Barn og unge er en viktig del av kommunenes virksomhet. I intervjuene fortalte også flere at det fantes andre tjenestetilbud og tiltak i kommunen som hadde relevans for sekundærforebyggende arbeid for barn og unge med psykiske problemer. I tillegg er ofte de ulike lavterskeltilbudene en del av en helhet hvor de samlet sett skal utgjøre det primær- og sekundærforebyggende arbeidet i kommunen. Sammensetningen av lavterskeltilbudene inngår i kommunens profil på dette området. Noen kommuner har flere ulike lavterskeltilbud, mens andre har færre.

Alle disse tilbudene og tiltakene kan ikke beskrives her. Vi har i denne rapporten valgt å utdype noen lavterskeltilbud som fremstod spesielt interessante i forhold til prosjektet. Det er imidlertid viktig å understreke at kommunenes samlede tilbud trolig er større enn det som fremkommer i beskrivelsen av de utvalgte lavterskeltilbud som er av spesiell interesse for denne studien.

De ulike lavterskeltilbudene i kommunene kan grupperes i noen typer tilbud som har visse fellestrekk:

- Tverrfaglig helsestasjon 0- 12 år eller ressurs-helsestasjon (3 kommuner)
- Barne- og familieteam, familieteam eller familie- og nettverksteam, evt. foreldre- og barn gruppe (4 kommuner)
- Forsterket helsestasjon for ungdom (3 kommuner)
- Oppsøkende psykiatri - team for barn og unge (1 kommune, i planleggingsfase)
- Ulike psykososiale team på ungdomsskoler, evt. også vgs. (5 kommuner)
- Forsterket utekontakt (2 kommuner)
- Forsterket psykologtjeneste: psykologisk forebyggingsteam, psykolog ansatt i kommunal psykiatritjeneste (2 kommuner)
- Psykisk helsetjeneste uten aldersgrense (1 kommune)
- Spesielle tilbud til risikogrupper, eks. BAPP (omtrent halvparten av kommunene hadde, - eller planla etablering av dette)
- Egen vurderingsgruppe for tverrfaglig oppfølging; Tverrfaglig tiltaksgruppe og Ressursteam - overlappet mot samordningsmodell (2 kommuner)

Disse lavterskeltilbudene kan ytterligere samles i noen hovedformer som gjengir kommunenes hovedstrategier når de bygger ut lavterskeltilbudet i kommunen.

1. Forsterket helsestasjon for barn og unge
2. Forsterket ungdomskontakt eller utekontakt
3. Psykisk helsetjeneste uten aldersgrense
4. Ulike team rettet mot barn unge og deres familier
5. Psykologtjenester, enten i det ordinære eller som team
6. Egne tverrfaglige vurderingsgrupper/tiltaksgrupper

Som det fremgår av beskrivelsen har lavterskeltilbudene noe ulik form. Tilbudene er preget av en forsterkning av personell med psykososial kompetanse innenfor de tradisjonelle tjenestene i kommunene som helsestasjon for barn og unge, utekontakt og de tverrfaglige teamene som allerede er på skolene i noen grad. I noen tilfeller er også det primærforebyggende arbeidet og det sekundærforebyggende arbeidet integrert i hverandre, da dette opplevdes hensiktsmessig av kommunene.

Kommunene har også valgt å forsterke det psykososiale lavterskeltilbudet til barn og unge gjennom ulike former for team. Disse utgjør i hovedsak ofte en form for barn- og familieteam eller psykososiale team på barn, ungdoms- og/eller videregående skoler. Teamene er integrert i og samvirker med de ordinære tjenestene på ulike måter. Et annet særtrekk ved lavterskeltilbudene er at de har forsterket tilbudet gjennom å opprette psykologstillinger, enten innenfor tjenesten eller som et eget forebyggingsteam. Det er også utviklet egne tilbud til barn som ble oppfattet å være risikogrupper for å utvikle psykososiale problemer. Det mest vanlige er grupper og kurs rettet mot barn av psykisk syke foreldre (også kalt BAPP). Dette tiltaket er på plass, eller under oppbygning i flere av kommunene. I tillegg er det ulike gruppetilbud for barn som inngår i risikogrupper for å utvikle psykososiale problemer. Dette kan være barn av foreldre med rusmisbruk eller skilsmissefamilier. I tillegg kan det være grupper rettet mot spiseforstyrrelser og de "tause jentene" og annet.

To kommuner har også forsterket den tverrfaglige vurderingskompetansen av barn og unge med sammensatte og tverrfaglige psykososiale behov, ved å etablere en egen tverrfaglig sammensatt ressursgruppe for dette arbeidet. Også andre lavterskeltilbud er preget av koordinert tverrfaglig arbeid. Lavterskeltilbudene har dermed ofte nær sammenheng med kommunens samordningsmodeller for helhetlige og tverrfaglige tjenester forøvrig. I noen tilfeller har lavterskeltilbudet spesielt delegert ansvar for samordning av tjenester. I andre tilfelle er lavterskeltilbudet integrert i kommunens samordningsmodeller forøvrig.

3.2.3.1 Forsterket helsestasjon for barn og unge

Noen kommuner har valgt å styrke det psykososiale lavterskeltilbudet til barn og unge ved å forsterke helsestasjonstilbudet med fagpersonell, eller å etablere en særegen helsestasjonsvirksomhet på dette området. I de utvalgte kommunene er det tre kommuner som har valgt å styrke det psykososiale tilbudet gjennom helsestasjonsvirksomheten. Alle har hovedvekten på barn, men i en liten kommune inkluderer helsestasjonen også ungdom opp til 20 år.

En kommune har valgt å etablere en *tverrfaglig helsestasjon for barn fra 0- 12 år*. Helsestasjonen består av en psykiatrisk sykepleier fra psykisk helsetjeneste, en ansatt fra PPT, en ansatt fra barnevernet og to helsesøstre. Målet for helsestasjonen er å "*fange opp de som har begynt å få trøbbel*", eks. i barnehage og grunnskole.

En annen kommune har også fra 2001 etablert en egen *bydekkende ressurs-helsestasjon for barn* mellom 0 - 8 år og deres familier, i tillegg til de vanlige helsestasjonene. Helsestasjonen er underlagt helsestasjonsvirksomheten, men utgjør en forsterket bydekkende

helsestasjonstjeneste. Helsestasjonen er i en oppbygningsfase og det er per i dag ansatt to helsesøstre, en barnvernspedagog, en pedagog, en spesialpedagog, en familieterapeut i 40 prosent stilling, en lege i 10 prosent stilling, og en psykolog i 30 prosent stilling. De ulike faggruppene bidrar så i den enkelte sak etter barnet og familiens behov. Ressurshelsestasjonen skal være et lavterskeltilbud ved at både familie og andre tjenester kan henvende seg der. I den siste tiden har det også kommet forslag om å øke behandlingstilbudet til barn som har psykiske lidelser. Man har derfor søkt om å ansette en psykolog og to psykisk helsearbeidere som skal innlemmes der. Vekten ville da forskyves noe fra forebygging til mer behandlingsmessig arbeid. I tillegg vil man knytte virksomheten til et lærings- og mestringssenter for barn med psykiske lidelser.

Målsettingen for ressurs-helsestasjonen er å forebygge psykososiale vansker hos barn. Ressurshelsestasjonen skal bidra når ordinære tiltak på helsestasjonen ikke er tilstrekkelig, og når det trengtes ytterligere fagkompetanse. Barna kan for eksempel ha atferdsvansker. Det kan være krevende barn der foreldre er usikre hvordan samhandle med barnet, søvnproblemer, spiseproblemer, eller andre behov. Det er forøvrig ofte flere ulike årsaker til at foreldre oppsøker helsestasjonen. Felles for mange foreldre er imidlertid at de ofte har behov for å øke foreldreferdighetene. Alle typer familier kan benytte seg av tilbudet. Det er ikke full oversikt over antall saker, men i en tidsperiode fra januar til mai var det 100 nye saker.

Tilbudet ved helsestasjonen er rettet mye mot individuell familieveiledning. Familien kan komme på helsestasjon eller få hjemmebesøk, eller møtes på skolen dersom dette er hensiktsmessig. Man vektlegger en ressursorientert tenkning, som for eksempel Marte Meo, LØFT og/eller systemisk tilnærming. Det mest vanlige tilbudet er 3- 6 samtaler. De ønsker å komme tidlig inn i sakene, men ikke for tidlig. Det er et prinsipp at vanlig helsesøster skal gjøre noe først. Dersom det er behov for lengre tilbud, er det også tid for å spørre om barnet og familien egentlig trenger et annet tilbud.

I tillegg til individuell veiledning er det tilbud om kurs på kveldstid. Man ønsker også i tiden fremover å jobbe bedre mot barnehager gjennom veiledning. Det er etablert en egen foreldre- og barn gruppe for de barn og foreldre som har ekstra behov for oppfølging, ved for eksempel rusproblemer, psykiske vansker og svært dårlig nettverk. Familien kan da slite mer, selv om det også var noe lettere problematikk i gruppen. Tilbudet kan også kombineres med åpen barnehage. Denne foreldregruppen har likheter med andre kommuners bruk av familieteam som forsterkning til helsestasjonen.

I en tredje kommune er det etablert en *tverrfaglig helsestasjon for barn og unge* som er underlagt helsestasjonsvirksomheten i kommunen. Helsestasjonen er i en innkjøringsfase og det er ansatt helsesøster. I tillegg er det ansatt to ekstra medarbeidere, en sykepleier med videreutdanning i psykisk helse og en barnvernspedagog med videreutdanning blant annet innen familieterapi og Marte Meo. Helsestasjonen skal senere endre navn til familiesenter da dette synes mest dekkende, men uten at man vil endre tilbudet vesentlig.

Målgruppen for helsestasjonen er barn og unge. Disse kan ofte ha problemer i tilknytning til foreldres samlivsbrudd og dårlig foreldresamarbeid. I tillegg kan det være problemer i forhold til grensesetting, tilknytning, psykiske problemer, rus, søvnproblemer, tvangstanker og vold.

På helsestasjonen blir det gitt tilbud om individuell veiledning og støttesamtaler. Hyppigheten av samtaler er avhengig av behovet og kan variere fra hver uke til annen hver uke eller sjeldnere. Det er ikke tak for antall samtaler.

Helsestasjonen er også involvert i prosjekter på skolen som for eksempel skal bedre miljøet i en klasse. Det er også startet opp ulike gruppetilbud til barn av psykisk syke foreldre og barn fra skilsmissefamilier. Helsestasjonen er godt besøkt. I løpet av vel et halvt år var det 70 saker i en liten kommune.

Siden kommunen er liten og har dårlig økonomi, får de ansatte veiledning fra det tverrfaglige ressursteamet i kommunen som vi skal komme tilbake til. De ulike lavterskeltilbudene kan

dermed overlappe og styrke hverandre gjensidig. De samme barna og unge kan også vurderes både på helsestasjonen og i ressursteamet.

I en annen kommune er det etablert en egen *forsterket helsestasjon for ungdom* to kvelder i uken på ungdomskole og en gang i uken på videregående skole. Helsestasjonen er bemannet med både helsesøster og psykiatrisk sykepleier. Det er stor pågang til helsestasjonen, særlig på videregående skole, for ulike former for støttesamtaler. Aktuelle problemstillinger for ungdommene er spiseforstyrrelser, angst mv (se ungdomsteam). Det er også en ungdom med mer alvorlig psykiatrisk diagnose hvor de bidrar med å tilrettelegge et særskilt boligtilbud. Helsestasjonen har ofte en "losfunksjon" hvor de blir henvist videre til andre tilbud i 1. og 2. linjetjenesten. Ved behov for langvarig kontakt blir de henvist til psykisk helsetjeneste i kommunen eller BUP.

Ved alle helsestasjonene er det viktig å sikre god tilgjengelighet for å sikre at tilbudet tar form som et lavterskeltilbud. Barn, ungdom, foreldre og andre tjenester som førskolelærer/skole kan ta kontakt for få tak i hjelp uten henvisning fra andre. Tiltakene skal også tilbys uten venting og lang saksbehandling. I likhet med de andre tiltakene har også de fleste kommunene informert om tilbudet på kommunens nettsted. Alle helsestasjonene er hovedsakelig åpne på hverdager på dagtid. I tillegg arrangeres det kurs og grupper på noen ettermiddager.

Kommunene vurderer tverrfaglig helsestasjon som godt egnet for å gi et lavterskeltilbud til barn og unge som har, eller er i ferd med å utvikle psykososiale problemer. Den tverrfaglige helsestasjonen fremstår som en ressurs for helsesøstre på andre helsestasjoner. I likhet med andre kommuner fremheves det at helsesøster gjør et godt og viktig arbeid for barn og unge, og at de er sentrale *både* i primær- og sekundærforebyggende arbeid. Den tverrfaglige helsestasjonen har samtidig en viktig betydning fordi den styrker tilbudet i de situasjoner hvor helsesøster opplever at de "*kommer til kort*". Helsesøstrene på den tverrfaglige helsestasjonen synes også det er spennende å jobbe på denne måten. Som en informant fortalte: "*De synes de lærer mye av andre, og de andre synes de lærer mye av helsesøster igjen*". Det tverrfaglige samarbeidet fremstår dermed som en "*vinn - vinn*" - situasjon.

3.2.3.2 Forsterket ungdomskontakt eller utekontakt

To av kommunene har utviklet et sekundærforebyggende lavterskeltilbud, rettet mot ungdom med psykososiale vansker, gjennom utbygging av den tidligere utekontakten for ungdom. Denne utekontakten er omformet til en *ungdomskontakt* eller til et *ungdomskontor*, også her ofte kalt ungdomskontakt.

Ungdomskontakten i den ene kommunen har bakgrunn i den oppsøkende utekontaktvirksomheten. Siden kommunen er forholdsvis liten, er den oppsøkende kontakten ikke "på gata" som i en storby, men tar likevel form som et oppsøkende lavterskeltilbud. Ungdomskontakten har 2 ½ stilling og har åpningstid på dagtid, kveld og en helg i måneden.

Målgruppen for ungdomskontakten er ungdom mellom 13- 25 år. Mange av ungdommene har psykiske problemer eller rusproblemer, eller begge deler.

Tilbudet består ofte av samtaler med ungdom hvor det blir gitt støtte og veiledning. "*De får noe hjelp og så går de videre*" Det er ikke øvre tak på antall konsultasjon. Flere har hatt kontakt over flere måneder eller år. Ungdomskontakten skal ikke gå inn i et behandlingstilbud, men ta imot ungdom for så evt. å føre de videre dersom det er nødvendig. I likhet med de andre lavterskeltilbud er også dette tilbudet kjennetegnet ved å ha en "losfunksjon" hvor man skal "*hjelpe ungdom videre i systemet*". Ungdomskontakten er samtidig kjennetegnet ved at man ikke oppgir ansvaret når ungdommen er henvist, men skal følge vedkommende gjennom hele prosessen i hjelpeapparatet og etterpå. Ungdomskontakten skal være med på veien og holde tråden.

I den andre kommunen har de videreutviklet utekontakten for ungdom til et *ungdomskontor*. Tilbudet er opprinnelig opprettet for å forbygge videre problemutvikling hos ungdom med fokus på rusproblemer og psykiske lidelser.

Ungdomskontoret utgjør i dag et møtepunkt for ungdom og familie hvor man ser på hva som er mulige tiltak og gir hjelp på lavest mulig terskelnivå.

Ungdomskontoret består av fire faste medarbeidere og egen leder. De ansatte har både helsefaglig, sosialfaglig og pedagogisk bakgrunn. Ungdomskontoret er åpent på dagtid og to kvelder i uken. Et viktig kjennetegn ved tilbudet er at de helsefaglige ansatte også jobber med vanlig ungdomsarbeid. En kveld i uken er lege til stede, og det er da vanlig helsestasjon for ungdom. Tilbudet kjennetegnes dermed ved at man sammenblander fritidstilbud, helse- og sosialfaglig arbeid og helsestasjonsarbeid for både ordinære og mer sekundærforebyggende saker. Gjennom en slik kombinasjon av tilbudet blir det også lettere å fange opp ungdom med til dels alvorlige problemstillinger. For eksempel kan man fange opp et problem med spiseforstyrrelser i forbindelse med at vedkommende ungdom henvender seg til helsestasjonen for prevensjon.

Målgruppen for ungdomskontoret er ungdom fra 13- 19 år. Den opprinnelige målsettingen om å forbygge videre problemutvikling hos ungdom i forhold til rus og psykiske lidelser er videreført. I tillegg fanger tilbudet opp ungdom som "strever", og som har problemer i forhold til selvskade, spiseforstyrrelser og suicidalproblematikk. Andre problemer kan være skolevegring, og at de har problemer med å komme opp om morgen. Noen kan også ha mer uttalte psykiske problemer som tvangsnevrose, angst og alvorlige lidelser som begynnende psykose eller rusutløste psykoser. De siste videreføres raskt til spesialisthelsetjenesten. Ungdomskontoret skal fange opp ungdom "*som trenger hjelp til å komme videre i livet sitt*". De som benytter tilbudet er de som selv oppsøker ungdomskontoret som er åpent hele tiden. Det kan også være venner som ringer når de er bekymret, og hvor ungdomskontakten går hjem til vedkommende. En del ungdom er også henvist fra skolens oppfølgende tjeneste i forhold til ungdom som faller ut av videregående skole.

Gjennom ungdomskontoret får ungdommene samtaler og veiledning. Antall samtaler kan variere fra en til flere avhengig av behov. I samtalene diskuterer ungdommenes ønsker og behov og hjelper de videre til andre tjenestetilbud som Aetat og BUP. Selv om ungdomskontoret ikke utgjør et direkte behandlingstilbud, skjer det ofte endringsarbeid gjennom disse samtalene. Ungdomskontoret utgjør også et fritidstilbud i seg selv for utsatte grupper som ikke kommer inn i det vanlige tilbudet. Det har vært stor pågang av saker de senere årene. Ved forslag om kutt fra politikerne, aksjonerte ungdommene for å beholde tilbudet, som derfor fremstår som populært.

Et viktig aspekt ved tilbudet er den lave terskelen for å få et tilbud. En viktig faktor som bidrar til å øke tilgjengeligheten er åpningstidene. Disse gjør det mulig å følge ungdommene på andre tider som kveld og helg enn øvrige tjenester. I tillegg er det ikke nødvendig å bestille time og avtale på forhånd. Ungdommene og evt. foreldre kan ta direkte kontakt og "*stikke innom når de har behov*".

Det er ingen henvisninger eller formelle søknader. Det ble også fremhevet at man ikke tenker konsultasjoner på samme vis som for eksempel BUP. Dette aspektet er en viktig side av det å være et lavterskeltilbud. Det er ikke satt et øvre tak for antall konsultasjoner, fordi "*om vi begynner som de andre at nå får du bare tre samtaler og så får du ikke mer, så blir det bare en ny terskel*". Bruk av konsultasjoner og begrensninger i antall samtaler bidrar til å skape et institusjonspreg etter spesialisthelsetjenestens mønster. Arbeidet med ungdommene skal være mindre knyttet til systemverden og nærmere knyttet til ungdommens hverdagslige livsverden enn andre mer systemorienterte tilbud.

Et annet viktig aspekt som særlig ble fremhevet av kommunen med utbygd ungdomskontor var tilbudets oppsøkende karakter på ungdommens egne premisser. Kombinasjonen av direkte kontakt og oppsøkende virksomhet gjør at man fanger opp ungdom som ikke ville bli nådd ellers. Integrasjonen av lavterskeltilbudet med andre tilbud bidrar til å senke terskelen for å oppsøke tilbudet for de som ellers vegrer seg for å komme. Det er også flere ungdommer som har vært innom andre tjenestetilbud som PPT og BUP, eller som har droppet ut av kontakten med BUP eller barnevern. Årsakene til at de dropper ut av disse tilbudene kan være at de vil unngå det psykiatriske tilbudet, eller opplevelser av at de ikke

har blitt møtt og forstått. Flere er trolig også frustrerte over det tungroddede og byråkratiske systemet.

Arbeidsformen til for eksempel BUP i form av konsultasjoner er også ofte lite egnet overfor ungdom som ikke klarer å komme opp om morgenen for en samtale på kontor. Dette er

"Ingen god måte å møte ungdom på. Ikke liker de å komme på et kontor, og ikke liker de å stå opp".

Det er viktig å møte ungdom på arenaer der de føler seg trygge eller hjemme. I tillegg er det viktig med mer fleksibilitet overfor ungdom som ikke møter eller dropper ut. I stedet for å sanksjonere mot ungdom som ikke møter opp, får de et nytt tilbud om samtale som passer bedre. Man forsøker dermed å arbeide ut fra en annen tenkning enn spesialisthelsetjenesten. Siden flere av ungdommene som har forlatt BUP har alvorlige problemer, er det også etablert samarbeid og veiledning fra BUP i visse saker.

Den kommunen som ikke har så omfattende ungdomskontakt som forrige kommune, har også god erfaring med ungdomskontaktordningen. Den tette koblingen mellom kommunens øvrige samordningsmodeller, gir gode synergieffekter ved at fagpersoner fra ungdomskontakten, som kjenner familien og ungdommen, også deltar i kommunens tverrfaglige samarbeidsteam. Dette understøtter en bedre kontinuitet i tjenestene. Det presiseres at effekten av ungdomskontakten er helt avhengig av samarbeid med andre tjenester:

"Ungdomskontakten er ingen ting uten velfungerende samarbeid med andre tjenester som jobber med samme målgruppe. "

3.2.3.3 Psykisk helsetjeneste uten aldersgrense

En annen måte kommunene har etablert et lavterskeltilbud på er ved psykisk helsetjeneste uten aldersgrense. I mange kommuner er det vanlig å utskille en egen psykisk helsetjeneste eller psykiatrisk helsetjeneste i kommunene (Myrvold, 2005). Kommunene, deriblant de utvalgte i denne undersøkelsen, skiller seg imidlertid noe i forhold til hvordan de organiserer de psykososiale tjenestene til barn og unge.

En kommune i denne undersøkelsen har en psykisk helsetjeneste som inkluderer både voksne, barn og ungdom. Kommunen har etablert den psykiske helsetjenesten som egen enhet med egen koordinator. Det har vært vanlig å ha alle aldersgrupper i tjenesten fra 1990-tallet, fordi kommunen er liten og dette ble ansett som ønskelig. Enheten er tverrfaglig og har sju ansatte. Dette er sykepleiere, vernepleiere og en sosionom. I tillegg er det også samarbeid med aktivitører og andre. Det har også vært psykolog ansatt for kortere perioder. Barn og unge er ikke skilt ut som særegent kompetanse- og /eller arbeidsområde. Den psykiske helsetjenesten samarbeider også tettere og mer aktivt med skolehelseteamet og helsesøster om barn og unge som sliter, enn flere av de andre kommunene. Samarbeidet er styrket ved at man er samlokalisert med de andre tjenestene. Den psykiske helsetjenestens samarbeid med skolene har økt fra 2002 da de inngikk som faste representanter i alle de tverrfaglige skolehelseteamene på barne- og ungdomskolene samt videregående skole.

Kommunen skiller mellom familiesenter, helsestasjon og skolehelsetjenesten som skal ha ansvaret for det primærforebyggende arbeidet, mens den psykiske helsetjenesten har ansvaret for sekundær og tertiærforebygging. Denne fordeling er forsterket av at helsestasjonsvirksomheten i kommunen er mer tradisjonell, og i mindre grad har utviklet særegen kompetanse og behandlingstilbud i forhold til psykososiale problemer hos barn og unge. Deres oppgave er dermed heller å henvise til den psykiske helsetjenesten eller BUP.

Problemer til barn og unge som er brukere av denne tjenesten er ofte atferdsvansker, angst, samspillvansker, hemmet atferd, tristhet, traume. I tillegg barn av psykisk syke, samlivsbrudd, barn i sorg og krise, samt med andre vansker. De arbeider også med bredt anlagt problematikk som dobbeltdiagnoser. En fordel med integrasjon av voksne og barn er

også at de har oversikt over oppfølgingsbehov, for eksempel når mor kommer hjem med fødselsdepresjon.

Innenfor den psykiske helsetjenesten gis individuelle samtaler. Ved henvendelse blir de skrevet inn og får en samtale. Problemet kartlegges, og det vurderes så behov for videre oppfølging og andre tiltak hos fastlege, familiesenter, BUP mv. Flere kan få oppfølging over lengre tid. I kommunen generelt, og innenfor den psykiske helsetjenesten, vektlegger de å jobbe ut fra Seikkulas nettverksmodell hvor man arbeider med hele familien. De tar da utgangspunkt i at foreldre vet best siden det kjenner barnet, og at tilbudet derfor skal utformes i nært samarbeid med foreldre.

I tillegg til individuelle samtaler, jobber den psykiske helsetjenesten bredt. De er ofte inne i skolene for undervisning og veiledning. De har også ulike gruppetilbud på skolene. I tillegg har de ansvar for koordinering og oppfølging av individuell plan, og deltar i ulike tverrfaglige team som arbeider med individuell plan og skolehelseteamet på hver skole. De vurderer også om de kan bidra med kompetanse og økonomiske ressurser fra opptrappingsplanen i ulike fora.

Den psykiske helsetjenesten er åpen på dagtid hverdager. I tillegg blir de utkalt ved kriser eller ulykke, selvmord el. Det er ikke nødvendig med henvisning, alle kan "*komme på døra*". Man informerer om tilbudet på kommunens servicetorg på nettet. Etter at den psykiske helsetjenesten har blitt mer aktiv på skolen, er det også mer vanlig at skolen henvender seg for hjelp til oppfølging.

3.2.3.4 Ulike team rettet mot barn, unge og deres familier

Tre kommuner har etablert ulike team som er rettet mot skolene. I en kommune er det etablert *skolehelseteam* ved hver grunnskole og videregående skole. I en annen kommune er det etablert *ungdomsteam* ved ungdomsskoler. I en tredje kommune er det satset spesielt på *psykososiale team* på skolene som den viktigste formen for samordnet lavterskeltilbud av sekundærforebyggende karakter.

Ungdomsteamet er etablert på skolene i hele kommunen. Teamet er ute på skolene en gang hver uke. Det består av en psykiatrisk sykepleier, en barnevernspedagog fra barnevern og en helsesøster, ikke PPT. Målgruppen er ungdommer som "sliter". Dette kan for eksempel være relatert til spiseforstyrrelser og selvskading. Teamet tilbyr omtrent tre til fire samtaler. Ungdommene kan selv velge om de vil snakke med flere eller kun en av de ansatte i teamet, samt etter problematikk. Mange får oppfølgende tilbud av den psykiske helsetjenesten i kommunen, de "*ender opp som brukere av psykisk helsetjeneste dersom de trenger hjelp over lengre tid*". Samtalene er ofte støttesamtaler eller annen type hjelpetiltak.

Ungdomsteamet får mange henvendelser og har et godt rykte hos ungdommene. Det hender også at ungdommene tar med venner som de er bekymret for.

I den andre kommunen inngår *de psykososiale teamene på skolene* i en bredere satsing på tverrfaglige samordningsmodeller i kommunen. Dette viser igjen hvordan lavterskeltilbud og samordningsmodeller overlappet hverandre på ulike måter. Bakgrunnen for de psykososiale teamene på skolene er den brede SLT satsingen i kommunen, samt kommunens tilnærming til den nye satsingen på barn og unge gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse.

I denne kommunen er de særlig opptatt av overgangen fra barneskolen til ungdomsskolen. De har gjennom ulike tiltak, som for eksempel leirtilbud og kommende klasseforstanders hjemmebesøk til hver elev, forsøkt å skape en tettere oppfølging fra lærer og en bedre oversikt over den enkelte elevens familiesituasjon og særskilte psykososiale behov. I tillegg har de styrket sosiallærers funksjon gjennom økonomiske midler (også opptrappingsplan midler) overfor grupper av ungdom som sliter internt på ungdomsskolene. Denne satsingen er videreutviklet til faste psykososiale team på alle ungdomsskoler og noen barneskoler i kommunen.

De psykososiale teamene består av sosiallærere, en fra ledelsen eller administrasjonen ved skolen, helsesøster, PPT, BUP, og andre som for eksempel barnevern, foreldre og politi ved behov. Psykiatrikoordinator i kommunens psykiaritjeneste har kontinuerlige møter med teamene. Kommunen har også styrket helsesøstertjenesten. I tillegg har kommunen styrket PPT tjenesten mer generelt med to psykologer med midler fra opptrappingsplanen. Disse psykologstillingene skal benyttes av de psykososiale teamene, og av helsestasjonsvirksomheten ved behov. I tillegg til dette har kommunen en fast representant fra BUP i hvert team som jobber aktivt utad.

Målgruppen for teamene er både barne- og særlig ungdomskolealder. Ungdommene som oppsøker teamene har vid problematikk, som omhandler alt fra kjærlighetssorg til i akutt selvmordsfare. Teamene skal ha et forebyggende perspektiv. De økte psykologressursene skal brukes til de som har utviklet problematikk, eller står i akutt fare for å ha utviklet det. Teamene forsøker å avgrense seg fra vanlige langvarige atferdsproblemer, slik at de får arbeidet mer med andre ungdom, som for eksempel de "tause jentene", mobbing, barn av psykisk syke og rusmisbrukere. De ønsker dermed å arbeide forebyggende med spesifikke grupper for å få mer ut av ressursene.

Teamene gir individuelle samtaler og har oftest en "losfunksjon". Sosiallærer kan henvise ungdommene videre til psykologene i kommunen, eller følge opp på andre måter. I tillegg vil teamet fange opp barn og ungdom som har psykososiale problemer, for deretter å følge de opp innenfor de ordinære tjenestene. De følger også opp barnet og ungdommen etterpå og over tid.

Teamet har en viktig betydning for å vurdere barn og unges problem og for iverksetting av nødvendige oppfølgende tiltak. De skal utgjøre veiledningsteam for skolen, sosiallærer og klasseforstandere. De har dermed også tilsvarende funksjon som tverrfaglig vurderingsgruppe som beskrives ytterligere i pkt 3.3.3.6.

I tillegg til dette iverksetter også teamet ulike gruppe- og aktivitetstilbud for barn og ungdom som er i risikogruppen, eller som har spesielle psykososiale problemer, for eksempel de "tause jentene".

De psykososiale teamene ivaretar tilgjengeligheten ved å ikke ha henvisning. Ingen ungdom skal avvises. Den største rekrutteringen er ofte gjennom jungeltelegraf blant ungdom som er fornøyd med tilbudet.

To kommuner har også etablert egne tverrfaglige *barn- og familieteam* som har ansvaret for sekundærforebyggende lavterskeltilbud. I tillegg planlegger de i den ene kommunen et *oppøkende "psykiatri-team" for barn og unge* som skal jobbe på tvers i kommunen. Teamet skal ha preg som lavterskel, men være mest rettet mot tertiærforebygging.

I den ene kommunen er barn- og foreldreteamet fra 2004. Det inngår som en del av gjennomføring av psykiatriplanen i kommunen. Barn- og familieteamet er tverrfaglig og består av fem ansatte med høy kompetanse. Det er nå også ansatt en person med videreutdanning i foreldreveiledning som skal jobbe mer ut mot barnehager.

Temaet skal være et sekundærforebyggende team. De ivaretar problemer som omhandler situasjoner hvor foreldre og skolen er bekymret for barns atferd, som for eksempel tilbaketrekning og utagering. Erfaringsmessig får de også flere saker som er alvorlige. I likhet med de andre lavterskeltilbudene har temaet en "losfunksjon" eller "limfunksjon" som de selv kaller det:

"..de kan også fungere som lim slik at de får tak i de rette instanser videre".

Teamet utgjør en gråsoner i forhold til seksjonen med ordinære tjenester. Flere av brukerne står på venteliste til BUP. De blir henvist til teamet for ikke å være uten tilbud. Teamet skal være en "ressurs å bruke" for kommunen. Det skal være et særtilbud til "de som strever" og i saker hvor BUP er inne.

Teamet tar imot direkte henvendelser og skal gi samtale raskt etter at de får henvendelse. De gir individuelle konsultasjoner med barn og familier. Teamet vektlegger et støtte- og

mestringsperspektiv. De skal hjelpe familien til å se alternativer og bidra til å styrke foreldrenes selvtilit i forhold til å oppdra egne barn.

Det var i alt 179 henvendelser i 2005 av barn, inkludert familie. Omfang av tilbud varierte fra noen samtaler til saker man arbeidet forholdsvis lenge med. Noen fikk også oppfølgingssaker over tid. Tilbudet overskrider imidlertid vanligvis ikke ett år. Det er mye samarbeid med BUP. I tillegg til individuelle samtaler er teamet ute på skolene og arbeider med skolemiljøet. De ønsker en forsterkning av arbeidet mot skole og barnehage i tiden fremover.

Teamet har etter hvert blitt godt kjent i lokalbefolkningen og av tjenesteapparatet. Det har et godt rykte og mange henvendelser som følge av jungeltelegrafene. Åpningstiden er dagtid på hverdager. I tillegg kan de også ha åpent en ettermiddag i uken for foreldre som ikke kan ta fri fra jobb. De tilstreber en viss fleksibilitet i arbeidstiden for å få til møter med foreldre.

I den andre kommunen er etableringen av et *familieteam* et resultat av opptrappingsplanen for psykisk helse. De har etablert egne stillinger som skal bidra til å styrke helsestasjon - og skolehelsetjenesten. Disse stillingene er samtidig ikke integrert i helsestasjonen på samme måte som de forsterkede helsestasjonene, men heller satt sammen til et eget familieteam. Årsaken til denne modellen er at helsestasjonene fortsatt ofte tenker tradisjonelt og i liten grad har utviklet egne metoder for psykososial problematikk. For å bryte tradisjonell tenkning, har kommunen valgt å etablere et eget team med hovedfokus på psykososial problematikk. Hensikten med teamet er å utvikle det kommunale tiltaksspekteret på det psykososiale området og få inn personell med annen kompetanse. Dette skal også styrke det tverrfaglige samarbeidet i kommunen.

Teamet består i dag av to psykologer hvorav en skal arbeide spesielt med ungdom, og en psykiatrisk sykepleier. I tillegg er det en prosjektleder som er helsesøster med videreutdanning i familierterapi og veiledning. Det er og en barnevernspedagog i 50 prosent stilling, samt tre utlyste stillinger øremerket psykososialt arbeid i skolen. Det er foreløpig tilsatt en klinisk pedagog med lang erfaring fra BUP.

Teamaet har et forebyggende fokus og utgjør et lavterskeltilbud for sekundærforebyggende tiltak. Sekundærforebygging forstås ut fra et risiko- og ressursperspektiv. De vektlegger også selektiv forebygging. Teamet er rettet mot barn og ungdom fra 0-20 år. Det er videre rettet mot foreldre som ønsker bedre samarbeid med barna sine, som strever med å sette grenser og som ønsker å få hjelp til å mestre hverdagen som familie. Teamet gir tverrfaglig hjelp på et så tidlig tidspunkt som mulig for å forhindre at problemene i familien utvikler seg. I likhet med det andre barn- og familieteamet vektlegger teamet ressurs- og mestringsperspektivet der man skal styrke familien i det de er gode på. Valg av øvrige tiltak er avhengig av problemstillingene.

Brukerne av teamet er i aldersgruppen 1- 17 år. De har atferdsvansker, angst, samspillvansker og tristhet, samt andre vansker. Brukerne er også barn av psykisk syke foreldre og barn som strever etter foreldres samlivsbrudd.

Det er stor pågang av saker i teamet og i 2005 var det ca. 50 saker. De tror pågangen skyldes at familier ofte benytter teamet som erstatning for barnevernet siden denne tjenesten har høy terskel. I likhet med andre team får også familieteamet inn andre saker som har vært gjennom alle systemer tidligere, og hvor det er omfattende problematikk. De ønsker imidlertid avgrensning fra slike saker til fordel for å fokusere på saker der det er potensial for endring. De langvarige og omfattende sakene skal helst ivaretas av de ordinære tjenestene.

Teamet arbeider både med individuell råd og veiledning til barn, unge og deres foreldre. Disse tilbudene kan være samspillveiledning, foreldrestøttende samtaler samt tidlig og kortvarig behandling. I tillegg har de gruppebaserte tilbud som for eksempel mødregruppe og gruppetilbud til barn av psykisk syke foreldre. De samarbeider også bredt med de andre tjenestene i kommunene og BUP.

I likhet med flere av de andre lavterskeltilbudene er det ingen krav om henvisning. Både foreldre og andre tjenester som helsestasjon og skoler kan selv ta kontakt. Tilbudet er også presentert på kommunens nettsted.

En tredje kommune har etablert et "*familie- og nettverksteam*" som skiller seg ut ved å arbeide mye oppsøkende mot hjemmet til familiene. De arbeider også ofte på kveld og helger. I tillegg er det etablert en vaktordning. Familien kan ta direkte kontakt. Teamet består, i motsetning til de andre teamene i kommunen, av to atskilte hele stillinger og ikke av sammensatte team fra de ordinære tjenestene. Målgruppen for teamet og problemstillingene er ofte preget av barnevernsproblematikk, ADHD og annet. I tillegg er familiens henvendelsesårsaker samlivsproblematikk eller atferdsproblem blant ungdom. Teamet behandler tilsvarende problemstillinger som andre tilbud, men har mer oppsøkende karakter enn øvrige tilbud.

3.2.3.5 Psykologtjenester

Som nevnt har noen av lavterskeltilbudene som er beskrevet valgt å styrke det sekundærforebyggende lavterskeltilbudet ved å ansette flere psykologer i kommunen. Disse er plassert innenfor ulike tjenester og innenfor de ulike lavterskeltilbudene. I to kommuner er samtidig også forsterkningen av psykologtjenester kjennetegnet ved at de har psykolog tilsatt i kommunenes psykiatritjeneste, eller ved at det er etablert et eget psykologisk forebyggingsteam.

Psykologen som er ansatt i den kommunale psykiatritjenesten har ansvar for forebyggende arbeid med barn og unge under 18 år. Kommunen er liten, ligger langt i nord og har lang avstand til spesialisthelsetjenesten. Psykologen har mest samarbeid med helsesøstre på helsestasjon og skolehelsetjeneste, og er der på faste dager. Det er mer sjelden kontakt med BUP. Dette foregår oftest på telefon og e-post, samt ved faste møter fire ganger i året. Det er ønskelig med mer kontakt. Det er også etablert et kompetansenettverk av personer som har spesiell kompetanse i forhold til barn og unge. Disse møtes ca to ganger i halvåret. Det er ikke interkommunalt samarbeid, og det ble heller ikke vurdert som nødvendig.

Målgruppen og problemstillingene som psykologen arbeider med er elementære oppdragesspørsmål for norske og flyktninger. I tillegg problemer i tilknytning til skilsmisser og uenighet om barneoppdragelsen. Henvendelsene kommer fra barn og foreldre som er bekymret, men også fra andre tjenester.

Det gis individuelle rådgivnings- og kriesamtaler med barn og foreldre, vanligvis tre til fire støttesamtaler. I noen saker er det også løpende støttesamtaler over lengre tid. Det skal ikke være omfattende og komplisert behandling. Det viktigste er at "*barn får ventilert, får råd, blir sett.*" Dersom foreldrene og andre tjenester er bekymret har psykologen ofte ansvar for å vurdere om det er henvisningsgrunnlag til 2. linjetjenesten. I løpet av året er det omkring 50 saker som involverer enten foreldre, barn eller begge deler.

Psykologen arbeider også utadrettet ved å gå ut på barnehager og skoler med undervisning og rådgivning på personal- og foreldremøter. I tillegg er det enkelte undervisningsprosjekter ved noen barnehager og skoler.

Psykologen forsøker i størst mulig grad å ha åpen dør overfor de som henvender seg. Barn og unge kan henvende seg når som helst. I tillegg kan helsesøster, barnehage og skoler henvende seg for avtaler og veiledning når de eller foreldre er bekymret. Psykologen har i tillegg en spalte i lokalavis om psykologi i familien. Dette skal også bidra til å gjøre tilbudet kjent i befolkningen. Det er for øvrig lett å gjøre tilbudet kjent siden dette er en liten kommune.

I den andre kommunen er det etablert et eget *psykologisk forebyggingsteam*. Teamet er en forsterkning og videreutbygging av den tidligere psykologtjenesten til gravide i kommunen. Det ble etablert som team i 2005. Teamet består i dag av tre psykologer i full stilling, to leger i henholdsvis 10 og 20 prosent stilling, en familieterapeut i 50 prosent stilling og en spesialpedagog med videreutdanning i Marte Meo i 50 prosent stilling. De er fornøyd med

personellsammensetningen, men savner en ernæringsfysiolog på grunn av alle ungdommer med spiseforstyrrelser. Teamet utgjør et særtilbud, samtidig som det inngår som del av de ordinære tjenestene. Det ble understreket at det er viktig at temaet samarbeider med de ordinære tjenestene, spesielt helsestasjonsvirksomheten, siden helsesøster ofte kjenner barna og ungdommene og kan følge disse over tid.

Teamet har et forebyggende preg. Målgruppen for teamet var som nevnt opprinnelig gravide og mødre som sliter. Etableringen av temaet har utvidet målgruppen til barn og unge og deres familier opp til 24 år. Problemene til barn og unge er ofte søvnvansker, skolevegring, dårlig selvtillit, underyttere på skolen, og sosiale vansker på skolen. Flere har også vanskelige oppvekstvilkår, men ikke så dårlige at de faller inn under barnevernet. Det er også ofte problemer med begynnende eller etablerte spiseforstyrrelser. Ved alvorlige problemer blir de ofte henvist til BUP.

Det er ofte typisk at sakene er såpass alvorlige at helsesøster synes de blir for omfattende i forhold til deres egne kompetanse og ressurser. Teamet skal dermed utgjøre et tilbud mellom helsesøster og BUP, og kan derfor også forstås som en form av halvannenlinjetjeneste.

Forebyggingsteamet skal gi tilbud om kortvarig individuell behandling og rådgivning i form av konsultasjoner. De fleste sakene har omkring 10 samtaler, men noen har opp til 20 samtaler. Det er ikke satt øvre tak for antall timer da dette syntes lite hensiktsmessig. Dersom problemene er for alvorlige og langvarige blir de videreført til 2. linjetjenesten eller de ordinære tjenestene i kommunene. Det er et mål om å gi tilbud raskt og det er i dag ikke venteliste. De aller fleste får tilbud innen to uker, om ikke før. Det er mange henvisninger til teamet, og fra september til jul var det 120- 130 saker.

I tillegg til dette, blir teamet ofte benyttet anonymt av lærere og elever som ønsker hjelp til å vurdere om det er behov for hjelp eller ikke. De arbeider også med helsestasjon hvor de deltar i ulike gruppetilbud som for eksempel i forhold til urolige barn. De kan også delta i veiledningssamtaler og veiledningsgrupper med helsesøstre og foreldre i forhold til spesielle problemstillinger hvor de utgjør en ekstra ressurs. De kan også være med i samtaler og veiledning i barnehager hvor det har vært kriser, som for eksempel en ulykke. Teamet "server" dermed også de ordinære tjenestene i kommunen.

Teamet skal representere et lavterskeltilbud preget av stor tilgjengelighet. De informerer også om tilbudet på kommunens nettsted. I tillegg er de sentralt lokalisert nært en stor helsestasjon og helseavdelingen i kommunene. I motsetning de øvrige lavterskeltilbudene, ønsker imidlertid teamet henvisning fra lege eller helsesøster, selv om en til en viss grad også kan ta direkte kontakt. Det er inntaksmøte en gang per uke, hvor de jevnt over behandler fem til seks saker hver gang. De som ikke får hjelp i temaet, blir videreført til andre tjenester som for eksempel PPT og BUP.

Årsaken til denne praksisen er at teamet ønsker å "sile" de sakene som passer for teamet. Denne måten å arbeide på gir det forebyggende teamet mer likheter med spesialisthelsetjenestenes arbeidsform, enn de øvrige lavterskeltilbudene.

Silingen skyldes også den kraftige pågangen av saker til teamet. Denne psykologtjenesten er gratis i motsetning til andre psykologtjenester. Dette kan være en viktig årsak til den store pågangen. For å ivareta de forebyggende sakene, og for å kunne gi rask hjelp uten ventetid, fremstår siling som nødvendig. Silingen skal dermed bidra til å opprettholde rask hjelp til de som inngår i teamets målgruppe.

3.2.3.6 Egne tverrfaglige vurderingsgrupper/tiltaksgruppe

En mer overordnet form for lavterskeltilbud beskrevet av en kommune, har stor likhet med ulike samordningsmodeller. Tiltaket viser dermed hvordan lavterskeltilbudet kan ivareta den tverrfaglige samordningen av tjenestene.

Denne kommunen har etablert en *tverrfaglig tiltaksgruppe*. Tiltaksgruppen er rettet mot ungdom og familier som strever. Gruppen er rettet mot tiltak på både system- og individnivå. Den diskuterer tilrettelegging av tiltak, på samme måte som samordningsmodellene. I tillegg gir den også hjelp på individ- og familienivå. Familien kan møte en gruppe fagpersoner fra tjenestene før de er blitt en del av en ordinær tjeneste. Tiltaksgruppen skal dermed tjene som en "*lavterskel- inngangsport*." På møtet diskuterer familien med den tverrfaglige gruppen spørsmålet om hvilken hjelp de trenger og hva som er mulig å få til. Gruppen er handlingsrettet og skal iverksette tiltak raskt. Den møtes ca. hver tredje uke. Dersom en familie henvender seg, kan møtet være hyppigere. Familien kan selv velge hvorvidt de ønsker å møte alle i den tverrfaglige gruppen.

En annen kommune har etablert et ressursteam som også skal hjelpe de ordinære tjenestene i vurdering av vanskelige saker og til å skape et tverrfaglig og samordnet tilbud for barn, unge og familier med mer omfattende problemer. Også her er lavterskeltilbudet preget av å ta form som en samordningsmodell. Familien eller tjenestene kan ta direkte kontakt med ressursteamet og be om en vurdering av behov for tjenester. Ressursteamet er et tverrfaglig samarbeidsfora med deltakere fra PPT, koordinator for funksjonshemmede og individuell plan, barnevern, helsestasjon, psykiaritjenesten og familiesenteret samt BUP. Skolen er ikke representert. Målgruppen er barn og unge med spesielle og tverrfaglige behov, samt der foreldre og andre tjenester ser at man trenger råd og veiledning. Foreldre kan komme og få direkte veiledning. Samarbeidet er dermed sterkt rettet mot enkeltsaker.

Ressursteamet er lokalisert på helsestasjoner og ledet av helsesøster. De har under 50 saker i året og det er helst helsestasjon, familiesenter og skolehelsetjenesten som melder saker. Ressursteamet blir benyttet i varierende grad, og det er ønske om mer aktiv bruk av tilbudet.

3.2.4 Samarbeid med andre

I de senere årene har det vært særlig diskusjon om fastlegens og 2. linjetjenestens rolle i forbindelse med oppfølgingen av barn og unge med psykiske problemer (Andersson & Tingvold, 2005; Andersson, 2006). I likhet med disse undersøkelsene varierer kommunenes erfaringer med fastlegene og grad av samarbeid også i vårt utvalg. Det blir ofte fremholdt at fastlegene kan være vanskeligere å innlemme i det tverrfaglige teamet. Dette varierer imidlertid mye i forhold til fastlegens personlige interesser og kompetanse. Fastlegene er også i ulik grad kjent med lavterskeltilbudene og henviste videre til disse tilbudene. I noen kommuner gir man uttrykk for et ønske om at fastlegene oftere henviser til lavterskeltilbudet, mens andre kommuner erfarer at fastlegene ofte gjør dette. Fastlegenes mer perifere rolle gjør at skolelegene ofte har en viktig betydning for lavterskeltilbudene. I tillegg utgjør skoleleger som også er fastleger viktige bindeledd til fastlegene. I en kommune er også kommunelegen aktivt engasjert i det forebyggende lavterskeltilbudet. I følge legen skyldes det aktive engasjementet at vedkommende jobber som kommunelege på administrativt nivå og ikke som fastlege. I tillegg har vedkommende spesiell interesse for feltet barn og unge.

Fastlegene har ifølge de fleste kommunene størst betydning i forhold til medisinsk vurdering og henvisninger til andre tjenestetilbud.

I de senere årene har det også vært en omfattende debatt om spesialisthelsetjenestenes rolle overfor kommunene. I hvilken grad opplever da kommunene at de får tilstrekkelig veiledning og hjelp fra 2. linjetjenesten, og da særlig BUP?

Det er kun to kommuner som forteller at de eksplisitt har inkludert familievernkontoret på fylkesnivå i lavterskeltilbudet. BUP fremstår dermed som den mest sentrale samarbeidspartner på dette området fra 2. linjetjenesten.

I likhet med andre undersøkelser (Andersson, Røhme, & Hatling, 2005), har kommunene også ulike erfaringer med samarbeid og veiledning fra BUP. I noen kommuner er det dårlig samarbeid og liten kontakt utenom faste årlige møter på generell basis. I andre kommuner

arbeider BUP utadrettet og deltar for eksempel i både veiledning, fast plass i ulike team samt involverer seg aktivt i vurdering av enkeltsaker. I noen kommuner forteller de at BUP har blitt mer utadrettet mot kommunene de siste årene. Årsaken til manglende tilgjengelighet kan være dårlig kapasitet hos BUP. I flere kommuner blir det også fortalt at det er lange ventelister i BUP. Dette gjør det vanskelig å henvise barn og ungdom dit.

Som det fremgår i beskrivelsene av tilbudene, er skolene engasjert i lavterskeltilbudet i noe ulik grad. I mange kommuner er barnehagene og skolene svært aktive i det psykososiale arbeidet, og sentrale i utformingen av lavterskeltilbudet. I andre kommuner oppgis det at det har vært, eller kunne være vanskelig å få innpass i barnehager, og særlig i skolene som kan utgjøre mer lukkede systemer. Flere har imidlertid erfart at skolene i større grad benytter seg av lavterskeltilbudet nå enn tidligere.

I diskusjonen om brukerdeltakelse er det ingen kommuner som eksplisitt beskriver at brukerne har vært aktivt deltakende i utformingen av lavterskeltilbudet. Flere poengter imidlertid at de legger sterk vekt på et brukerperspektiv og at brukerne, som eks. foreldre, skal delta aktivt i utformingen av tilbudet. Flere har også gjennomført brukerundersøkelser, som i hovedsak viser at brukerne er positive til tilbudet.

3.2.5 Vurdering av sekundærforebyggende lavterskeltilbud og behovet for dette i kommunen

I intervjuene ønsket vi også å få kommunenes erfaringer med og vurderinger av sekundærforebyggende lavterskeltilbud i forhold til fordeler og evt. ulemper ved å tilby en slik type tjeneste. Vi ønsket også en vurdering av effekten av lavterskeltilbudene. I tillegg spurte vi om behovet for en slik type tjeneste i kommunen og om tilbudet var tilstrekkelig.

Som det fremgår av de tidligere beskrivelsene, har kommunene valgt å utforme lavterskeltilbudene på ulike måter, selv om det også er mange likheter. Noen kommuner fremhever at helsetjenesteperspektivet nå har fått større innpass i skolene. Det er ingen som ser kritisk på denne utviklingen mot et sterkere helseperspektiv på psykososiale problemer. Det kan ha sammenheng med at dette inngår som del av offentlige føringer, og at vi i hovedsak intervjuet helsefaglig personell.

Erfaringer med de ulike tilbudsformene

Det er ulike erfaringer med de forskjellige tilbudsformene, avhengig av kommunens virksomhet forøvrig. I en kommune fungerer for eksempel team-ordningen eller helsestasjonen bra, og tilbudet blir hyppig benyttet. I andre kommuner har de problemer med at de øvrige tjenestene og befolkningen ikke er kjent med tilbudet, eller benytter seg av dette i ønsket grad. Flere fremhever at det tar tid før tilbudet blir kjent og benyttet. De vektlegger derfor behovet for å markedsføre tilbudet i større grad. Noen kommuner har også erfart også at det er størst pågang til ungdomstilbudene. En årsak til dette kan være at kommunene har lengst tradisjon i forhold til å arbeide med ungdom på dette området. En informant mener også at den lave pågangen til helsestasjonen skyldtes at det kommer ikke barna selv. De er avhengig av at andre fagfolk sier at "*her kommer jeg litt til kort*", og at foreldre ønsker å få saken opp. Det er forøvrig understreket at de er avhengig av at ungdommer er fornøyde for at tilbudet skal bli brukt.

I diskusjonene om kommunenes erfaringer med tilbudet blir det også løftet frem noen andre momenter. For det første understreker en informant at selv om man ikke har valgt familiesenter, er det likevel stor satsing gjennom andre type tilbud og tiltak. Det er også ulike oppfatninger om valget mellom å ha et utskilt tilbud, for eksempel i form av team, i forhold til å la tilbudet inngå i ordinære tjenester.

En kommune fremhever viktigheten av å lage et separat tilbud for å løfte frem det psykososiale arbeidet i kommunen. I en annen kommune mener man at lavterskeltilbudet vel så gjerne kan være del av det ordinære tilbudet. Det viktigste er hvordan kommunene

organiserer tjenestene totalt sett, og at tilbudet tar form som et reelt lavterskeltilbud for ungdom selv.

Kommunene er i ulik grad bekymret for at lavterskeltilbudet blir for løsrevet fra det ordinære tilbudet. I en kommune har man eksplisitt valgt å benytte personell fra de ordinære tjenestene til å gå inn i ulike tverrfaglige team og helsestasjonstilbud. De skal dermed ha sin faglige plattform i den tjenesten de kommer fra. Organisasjonsmåten blir begrunnet med at det vil sikre tilhørighet til det fagmiljø man kommer fra, for eksempel som psykiatrisk sykepleier eller barnevernspedagog. De ønsker også å forhindre at teamene ikke blir for løsrevet eller satelittpreget. Dette gjør at kommunen har opprettet en styringsgruppe som skal ha samlet oversikt,- og plan for de ulike teamene, for å unngå at det blir utviklet noe utenom det ordinære som de ikke har "kontroll over". Det blir samtidig fremholdt at personalet fra de ordinære tjenestene ikke synes denne deltakelsen er en ulempe, men derimot "*kjempespennende*". Det er også lett å rekruttere gode og engasjerte fagpersoner til et slikt arbeid fordi flere ønsker å jobbe ut fra en slik ideologi.

Flere fremhever at fungeringen av det særskilte tilbudet, som for eksempel et team eller ressurs-helsestasjon, er sårbare og avhengige av det tverrfaglige nettverket innen de ordinære tjenestene. "Man kommer veldig kort om man ikke spiller på lag med andre".

Flere kommuner mener også at det er viktig å opprettholde et nært samarbeid med de ordinære tjenestene, for å skape et godt tilbud over tid. Lavterskeltilbudet og de ordinære tjenestene utfyller hverandre ved at lavterskeltilbudet gir utdypende eller kortvarig tilbud, mens de øvrige tjenestene ivaretar oppfølgingen over tid. Lavterskeltilbudet fremstår derfor som en blanding mellom særtilbud og et integrert tilbud med de ordinære tjenestene.

Den psykiske helsetjenesten i kommunene deltar i lavterskeltilbudene i ulik grad. I den ene kommunen er dette et eksplisitt arbeid, og i andre kommuner deltar den psykiske helsetjenesten aktivt i mange av tilbudene. I en kommune er det problematisk å få involvert den psykiske helsetjenesten, fordi de avgrensner seg strengt til kun å arbeide med voksne. De overlater dermed ansvaret til andre. Informanten mener at "*det har heller hemmet enn fremmet et samarbeid*".

Som det indirekte går frem av beskrivelsene av de ulike tilbudene, er en av de viktigste funksjonene til lavterskeltilbudet, utover det å gi direkte hjelp, å være en "los" for barn, unge og deres foreldre videre i systemet. Flere sier også at viktige funksjoner i lavterskeltilbudet er som koordinator av tjenester, og for oppfølging over tid. De skal utgjøre et "lim" mellom de ulike tjenestetilbudene som blir benyttet. For eksempel er ungdomskontakten "ikke bare med til stedet og slipper de der, men holder tråden og blir den som følger med gjennom hele prosessen". Nettopp fordi ungdomskontakten har åpent kveld og helg har de flere muligheter enn andre tjenester. Samtidig som man ikke trenger å bestille time og avtale på forhånd. Der kan ungdommene stikke innom når de har behov.

Tilbudene varierer mellom å være et kommunalt lavterskeltilbud bygd på kommunens egne premisser, og en videreføring av spesialisthelsetjenestetilbudet i kommunene. Psykologtjenesten synes i størst grad å overlape i forhold til spesialisthelsetjenesten, som en informant uttrykker;

"Det er jo et spesialisthelsetjenestetilbud på førstelinje- nivå".

De fremhever samtidig at dette tilbudet dekker et behov, fordi ventetiden til BUP og PPT ofte er lang. I noen tilfeller kan det også være begrensede terapeutiske tiltak ved PPT.

Effekten av lavterskeltilbudet for de psykososiale problemene

Siden verken kommunene eller dette prosjektet har gjennomført mer systematiske evalueringsstudier, er det vanskelig å gi mer eksakte vurderinger av effekten av lavterskeltilbudet for de psykososiale problemene. Kommunene er også selv usikre på effekten. Flere fremhever at det synes som at brukerne har nytte av tilbudet. De kommer ofte tilbake, samt tilbakemelder positive erfaringer med tilbudet gjennom

brugerundersøkelser. Effekten av tiltakene er gjerne avhengig av alvorlighetsgrad. I flere tilfeller er det vanskelig å måle effekter fordi hjelpen ofte er langsiktig. Ved noen lavterskeltilbud kommer det også som nevnt, familier og barn med omfattende og langsiktig problematikk, som kan være vanskelig å endre.

Flere kommuner fremhever at lavterskeltilbudene er viktige for å nå frem til, - og for å gi tilbud til barn, ungdom og foreldre som vanligvis vil falle utenom andre tilbud. Disse kan falle ut av ordinære tilbud fordi problemene er for små til å høre inn under barnevern og BUP, Problemene kan eventuelt være for omfattende for helsestasjon og helsesøster. De mener derfor at flere barn og unge får hjelp nå enn tidligere.

Også en psykolog fremhever at lavterskeltilbudet fører til at *"Flere kommer med uoppdagete ting, og mindre ting enn man ellers går til noen med, og som kanskje ikke kvalifiserer til henvisning til BUP eller andre plasser"*.

Lavterskeltilbudet bidrar også til å få tak i barn og unge som hadde psykososiale problemer på et tidligere tidspunkt: *"Vi ville brukt betydelig lengre tid på å fange opp disse ungdommene om vi ikke hadde hatt dette lavterskeltilbudet"*.

Siden det er lang ventetid ved BUP kan også lavterskeltilbudet fungere som en ressurs i ventetiden på behandling fra spesialisthelsetjenesten, og for å sile ut saker som må til akutt behandling gjennom utredning og foreløpig diagnostikk som legger grunnlaget for videre henvisning til BUP. Psykologtjenesten fungerer derfor både som en *"buffer og avlastning for BUP"*.

Flere skoler gir ofte tilbakemelding om at tilbudet er nyttig i deres arbeid med barn og unge som hadde psykososiale problemer. I den ene kommunen har for eksempel de psykososiale teamene bidratt som ekstern ressurs ved å styrke sosiallærers rolle, og ved å trykke skolens forhold til barn og unge med psykiske problemer.

Behovet for sekundærforebyggende lavterskeltilbud

I kommunene er det ulike oppfatninger om det videre behovet for sekundærforebyggende lavterskeltilbud. I noen få kommuner mener intervjupersonene at tilbudet er noe utilstrekkelig. Noen sier at *"det helt sikkert er behov"*, uten å spesifisere dette nærmere. Flere forteller også at de planlegger å styrke kapasiteten til det eksisterende tilbudet noe i tiden fremover, eller bygge ut nye tilbud, som for eksempel *"oppsøkende psykiatriteam for barn og unge"* i tiden fremover.

I andre kommuner som har lavterskeltilbud, mener de at tilbudet er *"tilstrekkelig"* eller *"godt nok"*, selv om det ideelt sett alltid kan bli bedre. Noen er også godt fornøyd, fordi kommunen har klart å etablere et tilbud som ikke er lovpålagt, som sagt i forbindelse med et team: *"Det fungerer veldig bra, vi er stolte av å ha det her i kommunen fordi det å ha en slik satsing ikke styrt av lover."*

Som beskrevet har også noen lavterskeltilbud relativt liten pågang. Kommunene er dermed opptatt av hvordan de bedre kan *markedsføre* tilbudet innenfor de ordinære tjenestene, og overfor befolkningen.

Det blir også påpekt at det å etablere slike tilbud i seg selv genererer behov for tilbud i befolkningen: *"Men når det oppstår tilbud så genererer det et behov"*.

Dette viser seg også ved at det økte fokuset på ADHD skaper en ny brukergruppe i befolkningen, - en gruppe med særskilte forventninger om tjenester, som ikke har vært der tidligere i samme grad. Det er også flere kommuner som er usikre på om de vil klare å dekke etterspørselen etter slike tilbud, dersom dette blir markedsført svært aktivt. For sterk etterspørsel etter tjenester kan også gå utover kvaliteten på tilbudet til de som trenger det mest.

I noen kommuner fremhever man at det er godt utbygde tilbud til ungdom, men mindre i forhold til barn mellom 0 - 12 år. *"Det er de mindre barna som man kan tenke seg at man*

ikke har godt nok utbygd lavterskeltilbud på". Det er også ønske om å arbeide mer aktivt overfor barnehager og skoler i tiden fremover.

Det er få kommuner som har gjort en eksplisitt analyse av behovet for denne type tiltak. Kommunene vurderer ofte behovet for denne type tilbud i forhold til opplevd etterspørsel. Dersom de klarer å ta imot de henvendelser som kommer, vurderes tilbudet som tilstrekkelig. *"Så lenge vi klarer det, så har vi dimensjonert rimelig riktig."* Ingen kommuner etterspør interkommunalt samarbeid på dette området.

4 Referanser

Andersson, H.W. (2006). Fastlegens tiltak for barn og unge med psykiske problemer. SINTEF Helse, Rapport nr A199.

Andersson, H.W., & Tingvold, L. (2005). Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? SINTEF Helse, rapport STF78 A055019.

Andersson, H.W., Røhme, K., & Hatling, T. (2005). Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge- Opptreppingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene. Delrapport 2. SINTEF Helse. STF78 A055002.

Andersson, H.W., Ose, S.O., Pettersen, I., Røhme, K., Sitter, M., & Ådnanes, M. (2005). Kunnskapsstatusu om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge. SINTEF Helse, rapport 03/05.

Bærum kommune (2005). Psykisk helsetjeneste for barn og unge- Gyssestad gård. Årsrapport 2004.

Haugland, R.(2005). Kan staten reformere fagfolks foreståelse? Foredrag på FORSA- seminar ved Høgskolen i Agder, Kristiansand, 24.- 25. november, 2005.

Haugland, R., Rønning, J., & Lenschow, K. (2005). Evaluering av forsøk med familiesenter i Norge 2002- 2004. Evaluering av forsøk med familiesenter i Norge 2002- 2004. R-BUP og Barneavdelingen, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø.

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

Selbekk, A.S., Lunestad, J., & Østby, L. (2005). Kriminalitetsforebyggende arbeid i skjæringspunktet mellom offentlig byråkrati og lokalt engasjement. En evaluering av SLT-arbeidet i Ski kommune. Rapport nr 1/2005, Avd. for forskning og utvikling, Diaforsk. Diakonhjemmet Høgskole i Oslo

Sosial- og helsedirektoratet, (2003). Opptreppingsplanen for psykisk helse. Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003- 2006. Rapport 15 -1128.

Steihaug, S., Almklov, A., Hatling, T., Fossan B., & Kalseth, J.(2006). Etterprøving av bruk av øremerkede midler til psykisk helsearbeid i kommunene. SINTEF Helse og NORAUDIT. Rapport SINTEF A196.

St. prp. nr. 63 (1997- 98). Om Opptreppingsplanen for psykisk helse 1999- 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.

St prp.nr. 1 (2003- 2004). For budsjetterterminen 2004.