

2019:00226 - Åpen

Rapport

Følgeforskning av etablering og drift av nytt institusjonstilbud for barn og unge med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp

Delrapport 1

Forfattere

Roland Mandal

Solvår Wågø, Karin Høyland, Veronika Paulsen, Line Melby



Rapport

Følgforskning av etablering og drift av nytt institusjonstilbud for barn og unge med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp

EMNEORD:
Barnevern
Psykisk helse
Omsorgsinstitusjon
Psykisk helsevern
Implementering
Bygg

VERSJON 1.1	DATO 2019-02-21
FORFATTER(E) Roland Mandal Solvår Wågø, Karin Høyland, Veronika Paulsen, Line Melby	
OPPDRAGSGIVER(E) Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)	OPPDRAGSGIVERS REF. Helene Vedeld
PROSJEKTNR 102017966	ANTALL SIDER OG VEDLEGG: 60

SAMMENDRAG

Dette er første delrapport fra forskningsprosjektet som følger etableringen og implementeringen av nytt tverrfaglig institusjonstilbud innen barnevern og psykisk helsevern. Prosjektet ser på første fase av etableringen av to pilotinstitusjoner i Region sør og Region nord. Erfaringer fra etableringen av pilotinstitusjonene skal brukes når samme institusjonstilbud skal etableres i de tre siste barnevernsregionene. I denne delrapporten ser vi på grunnlaget for etableringen av de to første pilotinstitusjonene, herunder faglige rammer og føringer, planlegging og organisering, økonomi og ressurser, bygningsmessige forhold og opplæring, rekruttering og kompetanse. Delrapporten er basert på to datakilder: gjennomgang av politiske dokumenter, utredninger og rapporter som har dannet et grunnlag for det nye tilbudet, samt intervju med ledelsen ved de to pilotinstitusjonene. Enkelte andre nøkkelpersoner har også blitt intervjuet. Basert på dette gir vi en vurdering av det faglige og metodiske grunnlaget for etableringen av de to pilotinstitusjonene, og om det er tilstrekkelig for etableringen av et velfungerende tilbud. Rapporten beskriver hva som har fungert bra i etableringsfasen, samt hvilke forhold som har vært utfordrende, og som det blir særlig viktig å være oppmerksom på i det videre arbeidet med å etablere og implementere et fullverdig tilbud.

UTARBEIDET AV Roland Mandal	SIGNATUR
---------------------------------------	-----------------

KONTROLLERT AV Thomas Halvorsen	SIGNATUR
---	-----------------

GODKJENT AV Jon Harald Kaspersen	SIGNATUR
--	-----------------

RAPPORTNR 2019:00226	ISBN 978-82-14-06860-3	GRADERING Åpen	GRADERING DENNE SIDE Åpen
--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------------

Historikk

VERSJON	DATO	VERSJONSBEKRIVELSE
1.1	2019-02-14	Korrekturlest versjon
1.0	2019-01-29	Innspill fra oppdragsgiver er tatt hensyn til i denne versjonen.

Innholdsfortegnelse

Forord	5
1 Bakgrunn for oppdraget	6
2 Formål og problemstillinger	8
2.1 Nærmere om deloppdrag 1	8
2.2 Hvordan studere implementeringsprosesser?	9
3 Data og metode	11
3.1 Dokumentstudier	11
3.1.1 Hva er dokumentstudier?	11
3.2 Intervju med ansatte i de to pilotinstitusjonene og andre nøkkelpersoner.....	12
3.3 Etikk.....	12
4 Resultater fra dokumentgjennomgangen	13
4.1 Politiske dokumenter og styringsdokumenter.....	13
4.1.1 Tildelingsbrev fra departement til direktorat.....	13
4.1.2 Oppdragsdokumenter fra HOD til de regionale helseforetakene	15
4.1.3 Prop. 73 L (2016–2017) Endringer i barnevernloven (barnevernsreform).....	16
4.1.4 "Samarbeid mellom barnevernstjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste" (Rundskriv IS-11-2015)	16
4.1.5 Regionale samarbeidsavtaler mellom barnevern og regionale helseforetak.....	17
4.2 Utredninger, rapporter og pilotprosjekter	18
4.2.1 NOU (2016:16) Ny barnevernlov. Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse	18
4.2.2 "Grenseløs omsorg – om bruk av tvang mot barn i barnevern og psykisk helsevern" (Barneombudet)	19
4.2.3 "Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner"	20
4.2.4 "Ungdommer i barnevernsinstitusjoners erfaringer med bruk av fastlegeordning, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling"	21
4.2.5 "Erfaringer med etablering av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern"	22
4.2.6 "Oppsummering og anbefalinger fra arbeidet med helsehjelp til barn i barnevernet – rapport fra en tverrfaglig arbeidsgruppe"	22
4.2.7 "Prosjekt helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner i Helse Sør-Øst"	24
4.2.8 Evaluering av «Akutten i Nord- Trøndelag (AiNT)»	27
4.3 Prosjekt "Nytt Institusjonstilbud" – endelig prosjektrapport med utgangspunkt i prosjektmandatet av 1. september 2017	28
4.4 Dokumentasjon fra pilotinstitusjonene	32

4.4.1	Lunde behandlingssenter	32
4.4.2	Bodø ungdomssenter	35
5	Resultater fra innledende intervju med ansatte ved pilotinstitusjonene og andre nøkkelpersoner.	39
5.1	Institusjonenes målgruppe	39
5.2	Et tilbud av "igangsettende karakter" – ikke et "oppveksttilbud"	39
5.3	Helhetlige forløp – behov for tett samarbeid	40
5.4	Barnevern og helsetjeneste – integrert, men samtidig forskjellig	41
5.5	Metodikk: dialektisk atferdsterapi (DBT)	42
5.6	Etablering og implementering – status per oktober 2018	43
5.7	Hva er nytt i "det nye institusjonstilbudet"?	44
6	Bygg og ytre miljø	45
6.1	Erfaringer fra planlegging og bruk av bygget	45
6.2	Beskrivelse av Lunde behandlingssenter og erfaringer	46
6.3	Beskrivelse av Bodø ungdomssenter	49
6.4	Beskrivelse av andre forbilder	53
6.5	Oppsummering	54
7	Oppsummering og refleksjoner	55
8	Viktige fokusområder fremover	57
9	Referanser	59

Figurliste

Figur 1 Følgeforskningsprosjektet er lagt opp i faser som korresponderer med faser i etableringen av institusjonstilbudet	11
Figur 2 Risikovurderinger foretatt av prosjektgruppen i region Nord/Bodø Ungdomssenter (desember 2017), hentet fra deres egne dokumenter	38

Forord

Vi vil gjerne takke ledelsen ved de to institusjonene, som stilte til intervju, og som ikke minst har sendt oss mye forskjellig dokumentasjon som viser hvordan de jobber med å etablere det nye institusjonstilbudet. Denne dokumentasjonen har vært nyttig med tanke på våre vurderinger av fremdriften i etableringsfasen, samt den mer overordnede implementeringsstrukturen. Vi vil også takke medlemmene av den nasjonale arbeidsgruppa som deltok i intervju. Dette er personer som har god innsikt i arbeidet som er gjort for å trekke opp de faglige og metodiske rammene for det nye institusjonstilbudet. Vi vil ellers takke oppdragsgiver (Bufdir) ved Helene Vedeld og Sissel Bye Ytteborg for godt samarbeid i prosjektet.

Trondheim, 21. februar 2019

På vegne av prosjektgruppa,
Line Melby
prosjektleder

1 Bakgrunn for oppdraget

Denne delrapporten er første leveranse fra forskningsoppdraget som ser på etableringen og implementeringen av nytt tverrfaglig institusjonstilbud innen barnevern og psykisk helsevern. Rapporten presenterer funn fra kartleggingen av det vi har valgt å kalle "pre-implementeringsfasen" (fase 1) for de to første institusjonene. Bakgrunnen for prosjektet er at regjeringen har vedtatt at samarbeidet mellom barnevern og psykisk helsetjeneste skal styrkes. Som del av denne satsingen ble det vedtatt at det skulle etableres to nye omsorgs- og behandlingsinstitusjoner i løpet av 2018. Institusjonene skal være rettet mot barn med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet, og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp. De to første pilotinstitusjonene etableres i Bufetats Region sør og Region nord. I Region sør er det avdeling Lunde ved Agder ungdomshjem i Søgne kommune som skal omstilles til å bli den nye institusjonen, mens det i Region nord er besluttet å knytte institusjonen til Bodø ungdomssenter i Bodø kommune.¹ Det påpekes at målgruppen for tilbudet skal være de mest alvorlig syke barna i barnevernet, fordi dette er en gruppe barn og unge det ikke finnes et helhetlig statlig tilbud til i dag. Det nye institusjonstilbudet skal dekke dette behovet.

Utfordringer når det gjelder samhandlingen mellom barnevern og BUP har vært kjent gjennom mange år (NOU 2016:16). Samtidig har erkjennelsen av at bedre samarbeid mellom dem er nødvendig, vokst seg stadig sterkere over tid. I ulike dokumenter er det vanlig å referere til NOU 2009:22 (Flatø-utvalget) som et slags startpunkt for den prosessen som nå har endt med etablering av det nye institusjonstilbudet, der psykisk helsevern og barnevern skal jobbe sammen. Flatø-utvalgets utredning "Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge" anbefalte flere tiltak for bedre samordning av tjenester for barn og unge, deriblant opprettelsen av felles institusjoner for barn og unge med behov både for tilrettelagt omsorgstilbud og tverrfaglig behandling. Utvalget foreslo at institusjonene skulle etableres i samarbeid mellom det statlige barnevernet (Bufetat) og helseforetakene.

En nasjonal prosjektgruppe leverte i september 2018 en rapport som gir de faglige rammene som skal gjelde for de nye omsorgs- og behandlingsinstitusjonene rettet mot barn med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet, og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp. Rapporten gir anbefalinger om målgruppe og målsetting for det nye institusjonstilbudet, samt anbefalinger for hvordan tilbudet skal organiseres, hvilket innhold det skal tilby og hvilken kompetanse som skal sikre at tilbudet blir som planlagt. I prosjektmandatet ble det påpekt at arbeidsgruppen skulle levere forslag og anbefalinger når det gjaldt metodikk, bemanning, kompetanse, materielle forhold, trygghet og sikkerhet, samt hvordan inntak ved institusjonene kan organiseres. En viktig del av følgeforskningsprosjektet er hvordan anbefalingene fra prosjektet "oversettes" og utøves i praksis ved etablering av institusjonene.

I tildelingsbrevet fra Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) for 2017 står det at Bufdir, i samarbeid med Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene (RHF-ene) "skal iverksette en evaluering av de to første institusjonene slik at nødvendige erfaringer høstes før oppstart i alle Bufetats regioner". Evalueringen av oppstarten, etableringen og implementeringen av de to første institusjonene, som SINTEF og NTNU Samfunnsforskning nå er i gang med, er organisert som ett av i alt fem delprosjekt innenfor prosjektet "Bedre helsehjelp til barn i barnevernet." Formålet med evalueringen av nytt institusjonstilbud (benevnt som delprosjekt 3) er å evaluere oppstart og etablering av de to første pilotinstitusjonene. Kunnskapen som innhentes gjennom evalueringen skal legges til grunn ved etableringen av de tre siste institusjonene, som er forventet å skje innen utløpet av 2020.

Forskningsprosjektet er et resultat av at Bufdir, i samarbeid med Helsedirektoratet, vinteren 2018 utlyste en konkurranse om å gjennomføre en følgeforskning av etableringen og implementeringen av det nye institusjonstilbudet. SINTEF, i samarbeid med NTNU Samfunnsforskning, vant konkurransen om å gjennomføre oppdraget. Fra SINTEFs side deltar forskere fra SINTEF Digital, avdeling Helse og fra SINTEF Byggforsk, avdeling Arkitektur, byggematerialer og konstruksjoner. Prosjektet er lagt opp om en følgeforskning, der vi skal gi løpende innspill til hvordan implementeringen av det nye tilbudet kan gjøres på en best mulig måte. Prosjektet skal videre gi kunnskap om hvorvidt det nye tjenestetilbudet er dekkende for unge som har behov for tjenester både fra barnevernet og psykisk helsetjeneste. Ifølge oppdragsgiver foreligger det svært lite kunnskap om denne typen samarbeidsflater mellom barnevern og psykisk helse. En viktig oppgave for prosjektet blir derfor å studere hvordan samarbeidet og oppgaveløsningen mellom de to tjenestene fungerer, når målet er å skape et nytt tilbud sammen.

2 Formål og problemstillinger

I utlysningen fra oppdragsgiver ble formålet med følgeforskningen beskrevet slik: "Å bidra til innhentning av kunnskap, erfaringer og evaluere etablering og drift av de to første omsorgs- og behandlingstilbudene." Denne kunnskapen skal så legges til grunn ved etablering og drift av de tre siste institusjonene, som etter planen skal være etablert innen utgangen av 2020. På sikt blir dette dermed et landsdekkende tilbud, ved at omsorgs- og behandlingstilbud for barn med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig behov for psykisk helsehjelp, vil bli etablert i alle Bufetats regioner.

Hovedproblemstillingen for deloppdrag 1 (pre-implementeringsfasen) er formulert slik:

Gi en vurdering av om grunnlaget for etablering av de to institusjonene er tilstrekkelig for å sikre en god implementering og påfølgende drift.

For å kunne besvare denne hovedproblemstillingen har vi operasjonalisert den i mer avgrensede forskningsspørsmål:

- Hvordan er implementeringsstrukturen i prosjektet organisert? Dette inkluderer spørsmål som:
 - Hva slags tiltak/aktiviteter er utformet for å styrke samarbeid, kompetanse og tverrfaglighet?
 - I hvilken grad er det satt av nødvendige ressurser (tid, personale, kompetanse og penger) til etableringen av institusjonene?
 - I hvilket omfang er det utformet aktivitets- og milepælsplaner som gjør det mulig å følge etableringen og implementeringen?
- Hvordan har forberedelsene til etablering av institusjonene vært organisert og gjennomført? Dette inkluderer spørsmål som:
 - Hvordan har planer og strategier for implementeringen blitt utarbeidet og hvem har vært delaktig i dette arbeidet?
 - Hvilke aktører har vært involvert i utforming av institusjonstilbudet, og hvordan har ansvarsfordelingen dem imellom vært?
 - Hvordan har forhold knyttet til bygg og fysisk miljø blitt jobbet med i planleggingsfasen?

Målet med deloppdrag 1 har således vært å vurdere om grunnlaget for etableringen av de to pilotinstitusjonene er tilstrekkelig robust, og om det eventuelt er andre forhold som burde vært tatt hensyn til (men som ikke er gitt oppmerksomhet), før man gikk i gang med etableringsløpet.

2.1 Nærmere om deloppdrag 1

Oppdragsgiver definerte at følgeforskningen i første omgang skulle omfatte dokumentanalyser knyttet til etableringen og driften av de to første omsorgs- og behandlingstilbudene, som skal være klare for drift fra 1.1.2019. Denne delen av oppdraget har vi kalt deloppdrag 1, fordi den ser på den innledende og forberedende fasen som leder frem mot etablering av de to første institusjonene. For å få et mer utfyllende bilde av prosessen i tidlig fase, valgte vi også å intervju ledelsen ved de to pilotinstitusjonene, for å høre mer om status for

planleggingen og forberedelsene. I tillegg intervjuet vi noen medlemmer av den nasjonale arbeidsgruppa som har utarbeidet prosjektrapporten som gir føringer for hvordan institusjonene skal se ut. Den første delrapporten er altså basert på det vi har funnet gjennom dokumentanalysen og de innledende intervjuene.

Til sammen har dokumentanalysen og intervjuene gitt oss et grunnlag for å vurdere det faglig-metodiske grunnlaget for det nye tilbudet, om arbeidet med organisering og arbeidsprosesser har vært systematisk, om prosessen har vært preget av en helhetlig og gjennomtenkt implementeringsstruktur, og om forberedelsene generelt har vært forsvarlige, gitt kravet om at pilotene skal være oppe og gå fra årsskiftet 2018-2019. Delrapporten sier noe om styrker og svakheter ved prosjektets organisering og implementeringsstruktur, selv om dette er spørsmål som skal besvares med større tyngde i delrapport 2 og i sluttrapporten fra prosjektet.

Det er viktig å understreke at det er ett dokument som har en særstilling når det gjelder etableringen og utformingen av det nye institusjonstilbudet, nemlig rapporten fra den nasjonale prosjektgruppen. Gruppen har hatt som mandat å levere en sluttrapport der målsetning, målgruppe, innhold og organisering av det nye institusjonstilbudet beskrives i detalj. Det er denne rapporten som gir premissene og føringene for hvordan det nye tilbudet skal se ut, og som slik sett danner referanserammen for å vurdere om tilbudet er i tråd med de faglige anbefalinger som er gitt. Anbefalingene og føringene i denne rapporten vil derfor også gi innspill til viktige evalueringskriterier for følgeforskningen, i og med at målet er å undersøke om det nye institusjonstilbudet får et innhold som samsvarer med de kriteriene som beskrives i rapporten. Det er imidlertid viktig å merke seg at arbeidsgrupperapporten ble levert først i september 2018, mens den egentlig skulle vært ferdigstilt i mai 2018. Det er viktig å se på om denne forsinkelsen har påvirket forberedelsene ved de to institusjonene.

2.2 Hvordan studere implementeringsprosesser?

Selv om delrapport 1 handler mest om oppstarts- og etableringsfasen, trenger vi allerede nå å avklare hva vi legger i implementeringsbegrepet. Siden det som skjer i en etableringsfase uansett vil legge føringer for den implementeringen som skal skje videre, er det naturlig å se fasene i sammenheng med hverandre, som del av en større prosess. Med *implementering* forstår vi en helhetlig prosess som handler om å innføre og realisere nye tjenestetilbud, ny teknologi eller nye arbeidsmetoder, for å styrke kvaliteten på tjenestene til brukerne. Konkretisert for følgeforskningsprosjektet, der etableringen og en tidlig driftsfase av to nye barnevernsinstitusjoner skal følges, kan implementeringen beskrives som den prosessen som bidrar til at de to pilotene blir startet opp og kommer i ordinær drift, og de aktiviteter, milepæler og planer som skal sikre at dette skjer. Vårt utgangspunkt er at implementering er en langvarig prosess, og en fullstendig "normalisering" av den nye tjenesten vil gjerne først skje lenge etter at den formelle implementeringsperioden er over [1].

Det finnes en omfattende forskningslitteratur om implementering av tiltak og tjenester, og hvilke faktorer som bidrar til å styrke og svekke implementeringsprosesser. Et fellestrekk ved mye av forskningen er at det argumenteres for at kjennetegn ved implementeringsprosessen i seg selv har effekt på de resultater som til slutt oppnås (eller ikke oppnås). Forskning har vist at en godt gjennomført implementeringsprosess øker sannsynligheten for at intensjonene med et tiltak oppnås [2]. Det vil imidlertid alltid kunne være utenforliggende forhold (økonomisk klima/budsjettendringer, lovverk etc.) som også vil påvirke utfallet av implementeringen. Både indre (prosessuelle) og ytre forhold må tas med når en implementeringsprosess skal evalueres på en helhetlig måte.

I utlysningen fra Bufdir ble det vist til begrepet *implementeringsstruktur*. Det finnes ingen omforent definisjon av begrepet, men vi forstår implementeringsstruktur som den helhetlige rammen som er utviklet for å sikre at implementeringen og realiseringen av det nye institusjonstilbudet går som ønsket. En implementeringsstruktur vil typisk inneholde elementer som planer og strategier for gjennomføring av implementeringen, organisering av implementeringsprosjektet, inkludert ansvarsfordeling, tiltak/aktiviteter som skal bidra til å skape felles mål blant ansatte, tilrettelegging for gode samarbeidsrelasjoner, og kompetanseheving, samt aktivitets- og milepælsplaner for implementeringen. En helhetlig og godt planlagt implementeringsstruktur er viktig for at de ulike aktivitetene skal henge sammen, og for at innsats og initiativ skal være koordinert og effektive.

Siden delrapport 1 retter oppmerksomheten mot grunnlaget for etableringen av det nye institusjonstilbudet, er den primært avgrenset til fase 1 (venstre boks) i figuren:



Figur 1 Følgeforskningsprosjektet er lagt opp i faser som korresponderer med faser i etableringen av institusjonstilbudet

3 Data og metode

3.1 Dokumentstudier

I fase 1 utgjør dokumentstudier hoveddelen av datagrunnlaget. Formålet med dokumentgjennomgangen har vært å etablere et bakgrunnsbilde som forklarer hvilke hensyn og behov som lå til grunn for beslutningen om å etablere institusjonstilbudet, og synliggjøre hvilke anbefalinger, føringer og rammer som gjelder for etableringen. Relevante dokumenter ble søkt opp og valgt ut av prosjektteamet, og har bestått av diverse utredninger, arbeidsgrupperapporter, handlingsplaner, politiske dokumenter (rundskriv, retningslinjer, tildelingsbrev etc.), rapporter fra relevante pilotprosjekt, og sist, men ikke minst; sluttrapporten fra den nasjonale arbeidsgruppen som ble tilgjengelig i september 2018. Det er sistnevnte rapport som gir det viktigste grunnlaget og de sentrale anbefalingene for det nye tilbudet. Det viktigste *kriteriet* for utvalg av dokumenter har vært at de, på en eller annen måte, skulle inneholde beskrivelser av det nye institusjonstilbudet. Dette kunne være beskrivelser av bakgrunn for etablering, målsetningen med institusjonene, eller mer konkrete beskrivelser knyttet til drift og hvilke resultater som skal oppnås.

En annen viktig kilde til informasjon om forberedelsesfasen ved de to pilotinstitusjonene har vært den dokumentasjonen vi har fått tilgang til fra ledelsen ved institusjonene. Alt fra tegninger over bygg, mandater for prosjektorganiseringen lokalt, statusrapporteringer, bemanningsplaner og til og med årshjul (Bodø) har vi fått innblikk i. Dokumentasjonen har gitt oss oppdatert informasjon på et detaljert nivå om viktige sider ved etableringsfasen. Dette har vært viktig for å kunne vurdere status på implementeringsprosessen.

Dokumentanalysen har som utgangspunkt at tekstene er skrevet om saksforhold på et spesielt tidspunkt og et spesielt sted, og med bestemte lesere i tankene [3]. Det er vesentlig å få fram formålet med tekstene og hvilke elementer av implementeringsstrukturen som omtales. Det er også interessant å avdekke hvordan andre forhold som kan tenkes å påvirke implementeringen, men som ligger utenfor den formelle implementeringsplanen/strukturen (jf. figur 1) som omtales. Et annet mål med dokument-gjennomgangen har vært å finne ut om beskrivelsene av det nye institusjonstilbudet har vært stabile og gjenkjennelige over tid, eller om det har skjedd noen endringer i måten tilbudet beskrives og begrunnes på. Hvordan fortelles "historien" om det nye institusjonstilbudet i ulike dokumenter over tid?

3.1.1 Hva er dokumentstudier?

Dokumentstudier, eller dokumentanalyse, kan ses på som en kvalitativ forskningsmetode, der målet er å foreta en analyse av innholdet i utvalgte dokumenter, og deretter strukturere og oppsummere hva de sier om ulike spørsmål. En dokumentanalyse skal med andre ord bidra til å belyse noen forskningsspørsmål. Dette står i motsetning til en tradisjonell litteraturgjennomgang, som "kun" har som mål å oppsummere forskningsstatus på et fagområde, basert på en mer åpen tilnærming, der oppsummeringen ikke forventes å besvare noen forskningsspørsmål. Sammenlignet med en litteraturgjennomgang er dermed en dokumentstudie i større grad en metode for datainnsamling og analyse. Basert på dokumentgjennomgangen er målet å tegne opp et bakgrunnsbilde som forklarer hvilke hensyn og føringer som har vært sentrale for etableringen av det nye tilbudet.

For å identifisere relevante dokumenter har vi hatt en relativt åpen tilnærming, og ikke foretatt avgrensede litteratursøk. Årsaken til dette er at de dokumentene vi var på leting etter i hovedsak var offentlige dokumenter

og rapporter. Google har derfor vært den viktigste søkekanalen, i tillegg til systematisk gjennomgang av referanselister i andre utredninger og rapporter, for å se om de pekte til andre relevante tekster. I tillegg bidro oppdragsgiver til å kvalitetssikre utvalget av dokumenter, og om det inkluderte alle relevante dokumenter. I samråd med oppdragsgiver ble det bestemt at vi skulle avgrense søket vårt til tekster publisert etter at rapporten fra en tverrdepartemental arbeidsgruppe ble ferdigstilt i 2016. Selv om utgangspunktet for det nye institusjonstilbudet kan spores tilbake til dokumenter som er eldre enn dette, så har dette vært en hensiktsmessig avgrensning, ikke minst fordi beskrivelsene av det nye tilbudet har blitt mer konkretisert i løpet av de siste årene.

3.2 Intervju med ansatte i de to pilotinstitusjonene og andre nøkkelpersoner

For å supplere og utdype funn fra dokumentstudiene har vi gjennomført intervjuer med personale tilknyttet Lunde behandlingssenter og Bodø ungdomssenter, samt med to andre medlemmer fra den nasjonale arbeidsgruppa. Intervjuet med personale tilknyttet Lunde behandlingssenter ble gjennomført via videokonferanse 15. oktober 2018. To informanter deltok. Intervjuet med ansatte ved Bodø ungdomssenter ble gjort ved personlig besøk ved institusjonen 16. oktober 2018. Her deltok tre informanter. Intervjuene har vært viktige for å få et oppdatert bilde på situasjonen, aktiviteten og utfordringene ved de to pilotinstitusjonene, slik at vi bedre kan vurdere om grunnlaget for å sikre en god implementering av tilbudet er til stede.

Totalt fem personer som deltok i den nasjonale arbeidsgruppa har blitt intervjuet. Tre av disse overlappet med informanter tilknyttet pilotinstitusjonene, mens to andre medlemmer fra den nasjonale arbeidsgruppa ble intervjuet på telefon i november 2018. De representerte henholdsvis barnevern- og helsesiden. Våre informanter tegner et bilde av et forholdsvis harmonisk arbeid i gruppa, preget av godt samarbeid og deltakere som jobbet godt mellom møtene. Intervjuene med dem har gitt oss innsikt i diskusjoner og vurderinger som ble gjort i arbeidet i den nasjonale gruppa med å utforme anbefalingene. Resultater fra alle intervjuene presenteres samlet i del 6.

3.3 Etikk

Forskningen har fulgt generelle forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskapelig forskning. Dette innebærer å ivareta personvern hos forskningsdeltakerne, gjennom blant annet å sikre at deltakerne er tilstrekkelig informert om prosjektet, hvordan resultatene er tenkt brukt og følgene av å delta i forskningsprosjektet. Informert samtykke for å delta i intervju har blitt innhentet fra alle som har deltatt. Personvernombudet for forskning ved Norsk senter for forskningsdata (NSD) har gitt sin tilråding til at prosjektet kan gjennomføres (referansekode 840764).

4 Resultater fra dokumentgjennomgangen

I det følgende går vi gjennom de dokumentene vi har funnet, og som kan sies å utgjøre en del av det faglig-metodiske grunnlaget for det nye institusjonstilbudet. Samtidig har vi inkludert dokumenter som i større grad setter søkelys på økonomiske, administrative eller personalmessige forhold, fordi dette også er en viktig del av den implementeringen som skal skje fremover. Vi starter "på toppen" av styringslinja, og ser nærmere på hvilke føringer som ligger i tildelingsbrev fra de to fagdepartementene til Bufdir og Helsedirektoratet.

4.1 Politiske dokumenter og styringsdokumenter

4.1.1 Tildelingsbrev fra departement til direktorat

Det er naturlig å starte med tildelingsbrev fra departement til direktorat, siden det er det dokumentet som gir underliggende etater som Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)/Bufetat og Helsedirektoratet sine oppdrag, og som peker på hvilke satsinger som skal prioriteres og hvilke mål som skal nås i den aktuelle perioden.

Vi finner at etableringen av det nye institusjonstilbudet er omtalt i tildelingsbrevet til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) både i 2017 og 2018. Tildelingsbrevet for 2017¹ innleder med et punkt om overordnede prioriterte områder, og her er det flere målsetninger som griper inn i det nye institusjonstilbudet, selv om det ikke trekkes konkret inn i denne sammenhengen. For det første påpekes det at Bufdir har et ansvar for å sikre bedre samarbeidsprosesser mellom tjenester der målgruppen har et behov som går på tvers av tjenester. Videre presiseres det at "samarbeid mellom barnevern og psykisk helse er særlig viktig i 2017". Et annet hensyn som vektlegges er barns medvirkning: det er et mål at barnevernet skal gi barn mulighet til medvirkning i alle forhold som angår dem.

Når det gjelder det nye institusjonstilbudet, finner vi beskrivelser av dette under avsnittet "Mål 5: Utsatte barn og ungdom gis omsorg, trygghet og utviklingsmuligheter." Også her er utgangspunktet at "de særlige utfordringene knyttet til samarbeid mellom psykisk helse og barnevern skal følges opp gjennom tiltak". Under punktet "Delmål 5.2 Helhetlige og samordnede tilbud og tjenester, kap. 5.2.4 Bedre helsehjelp til barn i barnevernet" kan vi lese følgende om det nye institusjonstilbudet: *"I samarbeid med regionale helseforetak og Helsedirektoratet samarbeide om å utarbeide felles beskrivelse av målgruppe, innhold og organisering for omsorgs- og behandlingsinstitusjoner for barn med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp. Institusjonene skal reguleres i barnevernloven, hvor psykisk helsevern forpliktes til å yte helsehjelp i det omfang og på den måten som er nødvendig for det enkelte barn. Personell fra psykisk helsevern skal være ansatt i helseforetakene. Erfaringene fra hjemmesykehus for barn i andre deler av helsetjenesten skal legges til grunn for tilbudet. Det skal utpekes en omsorgs- og behandlingsinstitusjon i to regioner med sikte på oppstart av disse høst 2018, og med oppstart i alle regioner i 2020. Direktoratene i samarbeid med RHF-ene får ansvar for å iverksette en evaluering av de to første institusjonene, slik at nødvendige erfaringer høstes før oppstart i alle regioner."*

¹ <https://www.regjeringen.no/contentassets/e3c03f39789d433a9ade95467740b6ab/tildelingsbrev-2017-barne--ungdoms--og-familiedirektoratet-bufdir-211216.pdf>

Teksten er tilnærmet identisk med mandatet for arbeidsgruppen som leverte sin rapport høsten 2018, noe som viser at departementets bestilling på dette punktet ble fulgt opp med å sette ned en arbeidsgruppe. Under det samme punktet beskrives flere oppdrag som omhandler bedre samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern, og som det er naturlig å se i sammenheng med det nye institusjonstilbudet. Det er betydelig overlapp i målsetningene for de ulike oppdragene. Ett oppdrag er at barnevernet, i samarbeid med Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene, skal utvikle modeller og systemer som sikrer at barn i barnevernet tidligere utredes for psykiske helseplager, slik at man raskere kan komme i gang med tilpasset helsehjelp, samtidig som barna er under barnevernets omsorg. Det oppgis at implementeringen ønskes startet høsten 2018, og målet med satsingen kan sies å være identisk med målet for det nye institusjonstilbudet.

Et annet oppdrag i tildelingsbrevet for 2017 er at Bufdir skal jobbe for å "understøtte de regionale helseforetakene i arbeidet med å etablere funksjon som "barnevernsansvarlig" i psykisk helsevern for barn og unge." I dette ligger det å utarbeide kortfattet beskrivelse og rutiner for en slik funksjon, som deretter skal gjøres kjent for både barnevern og psykisk helsevern. Det påpekes videre at funksjonen forutsettes iverksatt høsten 2017. Videre gis Bufdir i oppdrag å utarbeide nasjonale føringer for innhold i samarbeidsavtaler mellom kommunalt og statlig barnevern, kommune og spesialisthelsetjeneste, med sikte på implementering i 2018. Også dette har som mål å sikre at barn i barnevernsinstitusjoner får lett tilgang på psykisk helsehjelp.

Vi ser dermed at Bufdir, i samarbeid med Helsedirektoratet, er gitt en rekke oppdrag som har det samme overordnede målet, nemlig bedre koordinerte tjenester mellom barnevern og psykisk helsevern. Dette er viktig i et implementeringsperspektiv, fordi de ulike satsingene vil innvirke på hverandre. Mange parallelle satsinger med det samme overordnede målet kan dessuten komplisere evalueringen av enkeltsatsinger, nettopp fordi satsingene foregår på samme tid og griper inn i hverandre.

I tildelingsbrevet til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) for 2018² legges det innledningsvis, under punktet "Overordnede prioriterte områder", mindre vekt på samarbeidet mellom psykisk helsevern og barnevern enn i tildelingsbrevet for 2017. Dette gjelder også for avsnittet "Mål 5: Utsatte barn og ungdom gis omsorg, trygghet og utviklingsmuligheter", som ikke inneholder konkrete beskrivelser av det nye institusjonstilbudet. Likevel er det noen oppdrag under dette punktet som bør nevnes, fordi de på sikt vil få betydning for driften av det nye institusjonstilbudet. Under punktet "Kvalitet i barnevernsinstitusjoner" oppgis det for eksempel at det skal innføres effektmåling i alle barnevernsinstitusjoner, der barn kartlegges både ved innskriving og utskrivning. Videre ber departementet om at det innføres månedlige brukerundersøkelser for alle barn i statlige og private barnevernsinstitusjoner som Bufetat benytter. Dette kravet vil også måtte omfatte de nye institusjonene.

Om vi ser på omtalen av det nye institusjonstilbudet, er en forskjell mellom tildelingsbrevene i 2017 og 2018 at omtalen av det nye tilbudet har flyttet seg fra avsnitt 5 (mål og oppdrag) til å handle mer om drift og utgifter i 2018-brevet. Dette henger selvsagt sammen med at 2018 er året da de to første pilotinstitusjonene skulle etableres og komme i drift. Da er det naturlig at fokuset flyttes fra målsetninger med tilbudet til bevilgninger og driftskostnader. Under "Kap. 854 Tiltak i barne- og ungdomsvernet" gis følgende bestilling knyttet til økt satsing på samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern, deriblant det nye institusjonstilbudet: "8 mill.

² <https://www.regjeringen.no/contentassets/e3c03f39789d433a9ade95467740b6ab/tildelingsbrev-bufdir-2018.pdf>

kroner av midlene på posten skal nyttes til å styrke samarbeidet mellom barnevernet og helsetjenestene for å gi barn i barnevernet bedre tilgang på nødvendige og forsvarlige helsetjenester. Midlene skal gå til videreføring av oppdrag gitt i tildelingsbrevet for 2017, som inkluderer:

- Utvikling/implementering av modeller/strukturer som sikrer barn i barnevernet tidlig utredning for psykiske helseplager og tilgang på nødvendig helsehjelp.
- Beskrivelse av målgruppe, innhold i og organisering av omsorgs- og behandlingsinstitusjoner.
- Utarbeidelse/implementering av nasjonale føringer for innhold i samarbeidsavtaler mellom kommunalt og statlig barnevern, kommune og spesialisthelsetjeneste
- Tilrettelegging for/oppstart av bruk av digitale verktøy for psykisk helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjon.

Oversikten viser at det nye institusjonstilbudet ses på som ett av flere "tiltak" som de åtte millioner kronene skal brukes på. Felles for alle tiltakene er at de skal legge til rette for bedre samhandling mellom barnevern og psykisk helsevern, med mål om tidligere og bedre helsehjelp til utsatte barn. Det første tiltaket (utvikling/implementering av modeller/strukturer som sikrer barn i barnevernet tidlig utredning for psykiske helseplager og tilgang på nødvendig helsehjelp) er nært knyttet til etableringen av det nye institusjonstilbudet. Også under kapitlet om statlig forvaltning av barnevernet presiseres det at økte bevilgninger på denne posten blant annet "skal nyttes til etablering av to omsorgs- og behandlingsinstitusjoner for barn som har behov for psykisk helsehjelp samtidig som de får langvarig og/eller spesialisert omsorg utenfor hjemmet".

Et viktig spørsmål som oppstår når man ser på de ulike satsingene som har den samme målsetningen (bedre psykisk helsehjelp til unge innen barnevernet) er hvor koordinert den samlede aktiviteten og innsatsen faktisk er. Dette er et viktig spørsmål videre i prosjektet, fordi det berører den helhetlige implementeringen av tilbudet.

Når det gjelder tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet 2017³, finner vi også her relativt grundig omtale av det nye institusjonstilbudet. "Ordlyden" i oppdraget er lik den som Bufdir mottar i sine tildelingsbrev, noe som vitner om at dette er et oppdrag som er avklart mellom de to departementene. Også i tildelingsbrevet til Helsedirektoratet vises det til de andre tiltakene som skal bidra til bedre psykisk helsehjelp til barn i barnevernet, slik som barnevernsansvarlig i psykisk helsevern og samarbeidsavtaler mellom kommunalt og statlig barnevern, kommune og spesialisthelsetjeneste. Avtalene skal utarbeides av Helsedirektoratet og Bufdir i fellesskap, og gi nasjonale føringer for hvordan barn i barnevernsinstitusjoner raskere kan få psykisk helsehjelp. I tildelingsbrevet til Helsedirektoratet for 2018 finner vi ingen omtale av det nye institusjonstilbudet, selv om dette er det året da tilbudet skal etableres og igangsettes.

4.1.2 Oppdragsdokumenter fra HOD til de regionale helseforetakene

Dersom bedre psykisk helsehjelp til barn i barnevernet skal bli en realitet, er det en betingelse at det også stilles krav til de regionale helseforetakene. Det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for at ulike spesialisthelsetjenester blir gjennomført på en måte som er i tråd med mål- og resultatkrav formulert i politiske styringsdokumenter. En gjennomgang av oppdragsdokumentene gitt av HOD til de regionale helseforetakene

3

https://www.regjeringen.no/contentassets/889319cb65664b63a9938b3273316033/2017/tildelingsbrev_helsedirektoratet_2017.pdf

avdekker om det nye institusjonstilbudet har vært et tema i oppdraget gitt av myndighetene til de regionale helseforetakene. Vi sjekket oppdragsdokumentene for 2018, og fant da at tilbudet var omtalt på samme måte til alle de fire helseregionene. Under kap. 2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling oppgis det at *Helse [region] RHF skal videreføre satsing på bedre helsetjenester til barn og unge i barnevernet, herunder bidra til å utvikle modeller for utredning av barn i barnevernet og utvide det ambulante arbeidet inn mot barnevernet. Helse Sør-Øst RHF skal bidra til at disse helsetilbudene videreutvikles slik at også samiske barns språklige og kulturelle bakgrunn er ivaretatt.*

For 2018 ble både Helse Sør-Øst og Helse Nord tildelt 1 950 000 kroner for å jobbe med tiltak innen "Bedre psykisk helsehjelp" i barnevernet, noe som ikke gjaldt de to andre regionene. Dette henger nok sammen med at det er i de to nevnte regionene at de to første pilotinstitusjonene skal etableres.

4.1.3 Prop. 73 L (2016–2017) Endringer i barnevernloven (barnevernsreform)

Dette er en proposisjon som inneholder forslag til reform av barnevernet, der målet er å gi kommunene et større ansvar for barnevernet, både faglig og økonomisk. Målet er at økt ansvar vil bidra til at forebygging gis mer oppmerksomhet i kommunene, og at kvaliteten på kommunalt barnevern dermed vil styrkes. Meldingen er samtidig tydelig på behovet for en tydelig avgrenset statlig andrelinjetjeneste, som "gjennom oppgaveansvar på spesialisert nivå" skal utfylle det kommunale nivået i barnevernet. I proposisjonen finner vi en kort omtale av det nye institusjonstilbudet. Det beskrives som ett av flere tiltak som skal bidra til å styrke kvaliteten i barnevernet [4].

Forslaget om å styrke kommunenes rolle er interessant, sett i lys av det nye institusjonstilbudet. Som vi kommer nærmere inn på, er det en oppfatning i de to pilotinstitusjonene av at kommunene må spille en viktig rolle for målgruppen i det nye institusjonstilbudet. Oppfatningen er at dette ikke skal være et "oppvekstilbud" som skal sikre og ivareta alle de behovene de unge har, i en nærmest ubegrenset tidsperiode. Det kommer tydelig frem at kommunene må ha en viktig rolle, både før, underveis og ikke minst etter institusjonsoppholdet, og den enkelte "sak" må følgelig forankres godt i det kommunale hjelpeapparatet.

4.1.4 "Samarbeid mellom barnevernstjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste" (Rundskriv IS-11-2015)

Dette er et rundskriv som er utarbeidet av Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet i fellesskap [5]. Rundskrivet gir føringer for hvordan barnevern og psykisk helsevern kan jobbe godt sammen rundt barn med behov for bistand fra begge tjenester. Samtidig fokuserer det mye på regelverket, og spesielt hvordan ulike utfordringer knyttet til samarbeid, taushetsplikt, samtykke og opplysningsplikt etc. skal håndteres. Vi trekker her kun fram noen av de temaene vi mener er relevante i forståelse av det nye institusjonstilbudet.

Formålet med rundskrivet er å bidra til å videreutvikle et godt og fleksibelt samarbeid mellom barnevernstjenester og psykiske helsetjenester, slik at barn, unge og deres familier får de tjenestene de har behov for. Å klargjøre hvilke forventninger barnevernstjenesten kan ha til psykiske helsetjenester og motsatt, er en del av dette. Videre fastslås det at dersom det offentlige skal klare å ivareta barn og unge som både har behov for barnevernstiltak og psykisk helsehjelp (og eventuelt rusproblemer i tillegg), er det avgjørende at

tjenestene evner å samarbeide, med utgangspunkt i barnets behov. Det vises til at både barnevernet og helsetjenesten har en lovbestemt plikt til å samarbeide med andre tjenester, inkludert med hverandre, så lenge det er til barnets beste. For barnevernstjenesten innebærer dette at de, i tråd med bestemmelsen om medvirknings- og samarbeidsplikten i barnevernlovens § 3-2, skal jobbe for å få den aktuelle tjenesten til å gjøre det som er nødvendig. Barnevernstjenesten skal likevel ikke overta noe av det ansvaret som ligger hos helsetjenesten eller andre tjenester, men istedenfor samarbeide med de andre tjenestene, slik at målgruppen sikres nødvendig helsehjelp. For å ivareta dette skal institusjonene ha rutiner som beskriver hvordan barnas rett til medisinsk tilsyn og behandling skal ivaretas.

Når det gjelder psykisk helsevern, er den gitt pliktbestemmelser om samarbeid med andre tjenester i helselovgivningen. Både kommunen og spesialisthelsetjenesten har plikt til å samarbeide med andre tjenester når det anses nødvendig, og samarbeidsplikten gjelder også for samarbeid med barnevernet. Men selv om lovverket pålegger de ulike tjenestene en samarbeidsplikt, angis det ikke nærmere hvordan samarbeidet mellom barnevernet og helsetjenesten skal foregå. Direktoratene anbefaler derfor en videreutvikling av de samarbeidsavtaler og strukturer for samarbeid som allerede eksisterer i regionene. Dette gjelder samarbeidsavtaler mellom regionale helseforetak og Bufetat på området barnevern-psykisk helse, både på regionalt og lokalt nivå.

Et annet viktig poeng som trekkes frem i rundskrivet er at psykisk helsetjeneste for barn og unge ikke er én spesifikk enhet i kommunen, men et tilbud som gis gjennom flere aktører, som fastlege, helsestasjon, skolehelsetjeneste, psykisk helsearbeidere samt pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT). Dette er en viktig påminnelse også i forbindelse med det nye institusjonstilbudet, selv om denne målgruppen, gitt alvorlighetsgraden av de psykiske helseproblemene, trolig vil ha sin primære oppfølging gjennom BUP. Det kan likevel tenkes at også andre tjenestetilbydere innen psykisk helse vil spille en rolle i enkeltsaker, og da må organisering av det nye institusjonstilbudet legge til rette for det. Ifølge rundskrivet skal PHBU generelt foregå "i et bio-/psyko-/sosialt-/pedagogisk perspektiv", der "utredning og behandling ofte må ses som habiliterende, med fokus på tilrettelegging for barnet/ungdommen i familie, barnehage, skole og fritid." Gitt denne vektleggingen av ulike sosiale arenaer for barn og unges psykiske helse, kan det være naturlig at også andre aktører enn BUP er involvert i enkeltsaker.

Det er naturlig å se rundskrivet som en del av det faglige grunnlaget for det nye institusjonstilbudet. Mye av innholdet og anbefalingene i rundskrivet er godt synlig i andre utredninger og rapporter, som for eksempel arbeidsgrupperapporten fra 2018. Rundskrivet vil trolig danne en viktig ramme for de nye institusjonene. Det er vår oppfatning at innholdet i rundskrivet i stor grad er i tråd med utredninger og forskning som allerede foreligger, med søkelys på det potensialet som ligger i et bedre samarbeid mellom barnevern og psykisk helsetjeneste.

4.1.5 Regionale samarbeidsavtaler mellom barnevern og regionale helseforetak

Det eksisterer allerede regionale samarbeidsavtaler mellom barnevernstjenesten og de fire regionale helseforetakene.⁴ Formålet med disse avtalene har vært å styrke samarbeidet mellom barnevern og psykisk

⁴ <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samarbeid-mellom-barneverntjenester-og-psykiske-helsetjenester-til-barnets-beste>

helsevern i regionene. Med tanke på vårt prosjekt blir det viktig å undersøke i hvilken grad arbeidet med å etablere det nye institusjonstilbudet er forankret i eksisterende samarbeidsavtaler, og den arbeidsfordelingen som eventuelt foreligger regionalt. Samtidig er det naturlig å kartlegge hvor godt de regionale samarbeidsavtalene har fungert så langt, for eksempel i hvilken grad innholdet i avtalene er omsatt i praktisk samarbeid mellom de aktuelle tjenestene.

Ved første øyekast ser avtalene ganske like ut når det gjelder innhold og mål (bedre helsehjelp og tidligere avklaring av barn som er innenfor barnevernet), men vi ser samtidig at avtalen i Region Midt-Norge fremstår som mer detaljert enn avtalen inngått i Region nord. Vårt overordnede inntrykk er at avtalene er ganske generelt utformet, noe som selvsagt må ses i lys av at avtalene er utformet på regionalt nivå. Det er derfor presisert i avtalene at det må utarbeides samarbeidsavtaler på et mer operativt nivå, mellom de aktuelle tjenestene.

Et annet inntrykk er at det er lagt mer vekt på det som har å gjøre med strategisk planlegging, forskning og kompetanseutvikling enn hvordan samarbeidet konkret skal realiseres for å skape bedre koordinerte tjenester. Noe av forklaringen ligger nok i begrepet i seg selv; dette er samarbeidsavtaler, som er ment å styrke samarbeid mellom tjenester som fortsatt skal eksistere hver for seg. Dette i kontrast til det nye institusjonstilbudet, der målet er at to tjenester skal integreres og gi et helhetlig tilbud. Det at avtalene foreslår "minst ett møte årlig" mellom Bufetat og det regionale helseforetaket, vitner om at disse samarbeidsavtalene er forankret på et svært overordnet nivå (både organisatorisk og faglig sett). Endelig må statusen til de foreliggende samarbeidsavtalene ses i sammenheng med initiativet som går på utarbeidelse av nasjonale føringer for innhold i samarbeidsavtaler mellom kommunalt og statlig barnevern, kommune og spesialisthelsetjeneste (med sikte på implementering i 2018). Er dette samarbeidsavtaler som er ment å komme i tillegg til de eksisterende samarbeidsavtalene – eller skal de erstatte dem?

Så langt viser dokumentgjennomgangen at det pågår en rekke satsinger og tiltak som skal bidra til å realisere den samme overordnede målsetningen, nemlig bedre helsehjelp til barn i barnevernet. Det blir viktig å finne ut hvor koordinert disse initiativene er. For vår del er det spesielt relevant å kartlegge graden av dialog og samhandling mellom de som jobber med den "fysiske" etableringen av de to nye institusjonene, og de som jobber med det faglige innholdet og verktøyene.

4.2 Utredninger, rapporter og pilotprosjekter

4.2.1 NOU (2016:16) Ny barnevernlov. Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse

Mandatet for Barnevernslovutvalget var å gjennomgå barnevernloven i den hensikt å bidra til forenklinger i lovverket. I dette lå det å gjøre loven "mer tidsriktig og tilgjengelig ved en strukturell, teknisk og språklig gjennomgang av hele loven." I tillegg skulle utvalget vurdere åtte nærmere angitte problemstillinger. Målet med utvalgets gjennomgang av loven var å "bedre rettssikkerheten for barn, og skape et mer tilgjengelig og forståelig regelverk." Utvalget ble også gitt i oppdrag å utarbeide utkast til ny barnevernlov.

Dette er en omfattende utredning som ser på hvor hensiktsmessig barnevernets virksomhet er regulert gjennom den lovgivningen som foreligger. Kapittel 8 i utredningen er viet temaet samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern. Her påpekes det at det gjennom mange år har vært utfordringer i samarbeidet mellom

barnevern og psykisk helsevern for barn og unge (BUP), uten at man har funnet løsninger for å adressere dette på en god måte. Utvalget konkluderer med at dette er problemstillinger som ikke kan løses ved å gjøre endringer i barnevernsloven alene. De fremholder at det er behov for å vurdere ulike virkemidler, både av faglig, organisatorisk og økonomisk art, og at det må skje i et samspill mellom barnevernet og spesialisthelsetjenesten. Utvalget mener videre at det er behov for å utrede det de kaller en "barnevernhelsereform", med det mål å avklare og tydeliggjøre ansvarsforholdene på tvers av barnevern og psykiske helsetjenester, og derigjennom oppnå et bedre samarbeid mellom dem.

Utvalget foreslår noen lovendringer for å realisere et bedre samarbeid på tvers av tjenestene. Utvalget ønsker blant annet at det skal være adgang til såkalte sektorovergripende plasseringer, det vil si innleggelse i psykisk helsevern med hjemmel i barnevernsloven. Deretter presenteres et forslag som synes å ligge tett opptil det nye institusjonstilbudet. For å presisere spesialisthelsetjenestens ansvar i saker med behov for et integrert behandlings- og omsorgstilbud, der barnet har behov for å bosettes utenfor hjemmet, foreslår utvalget at det regionale helseforetaket skal utpeke institusjoner som skal motta barn med behov for både barnevernstjenester og psykisk helsehjelp [6].

Utvalget er ellers positive til samarbeidsavtaler, og bruker mye tid på å drøfte disse. De foreslår innføring av lovpålagte samarbeidsavtaler mellom Bufetat og regionale helseforetak for å realisere et mer forpliktende samarbeid mellom dem. Begrunnelsen for lovfesting er at det kan bidra til at avtalene vil fungere som mer effektive styringsverktøy, ved at de forankres hos de ansvarlige tjenestene. Utvalget foreslår videre at avtalene skal inneholde retningslinjer for samarbeid, og skissere fremgangsmåte for å vurdere om et barn har behov for opphold i institusjon etter spesialisthelsetjenesteloven. Mens utvalget er opptatt av muligheten til å plassere barn i psykisk helsevern med hjemmel i barnevernsloven, hadde de ikke den samme offensive holdningen når det gjaldt det nye tverrfaglige institusjonstilbudet. Om dette sa de følgende: "Spørsmålet om det bør etableres felles institusjoner for barnevern-psykisk helsevern må avklares, og hva det i så fall innebærer." Utvalget foreslo heller, som løsning for barna med de alvorligste psykiske lidelsene, å etablere et fast system for sektorovergripende plasseringer, der noen barnevernsinstitusjoner omgjøres til helseinstitusjoner [6].

4.2.2 "Grenseløs omsorg – om bruk av tvang mot barn i barnevern og psykisk helsevern" (Barneombudet)

Barneombudets rapport "Grenseløs omsorg - om bruk av tvang mot barn i barnevern og psykisk helsevern" [7] samler erfaringer med bruk av tvang mot barn, blant annet gjennom samtaler med barn, ansatte og fagfolk og gjennom innsyn i saker. Rapporten forstår tvang som "alvorlige inngrep i den enkeltes personlige integritet, og kan medføre grove krenkelser mot den enkelte." Det pekes videre på at menneskerettighetene setter strenge grenser for bruk av tvang, og at det er dette som har dannet rammene for hvordan Barneombudet har sett på tvang i prosjektet. Både barn i psykisk helsevernsinstitusjoner, barnevernsinstitusjoner og barn i fosterhjem er intervjuet, for å høre mer om deres opplevelse av tvangsbruk. Det ble gjennomført samtaler med i alt 51 barn og unge i alderen 10-18 år. I tillegg ble det gjennomført samtaler med 13 unge med erfaring fra barnevernsinstitusjoner eller fosterhjem. Ni døgninstitusjoner innen psykisk helsevern for barn og unge ble besøkt i forbindelse med intervjuene.

Selv om dette er en rapport som kartlegger erfaringer med bruk av tvang i barnevernet, brukes mye plass på psykisk helsevern, og de utfordringer knyttet til tvang som oppstår i den krevende og dels uavklarte

grenseflaten mellom barnevern og psykisk helsevern. En viktig konklusjon i rapporten er at barns særlige rettigheter og behov i for liten grad er ivaretatt i regelverket om tvang i psykisk helsevern. Barneombudet uttrykker bekymring for at aldersgrensene i lov om psykisk helsevern ikke er i tråd med barns rettigheter etter barnekonvensjonen, og er dessuten bekymret for det de beskriver som manglende kunnskap om bruk av tvang mot barn innen psykisk helsevern. Rapporten problematiserer at behandling av barn med psykiske helseproblemer krever kompetanse som går utover det barnevernsfaglige. Gjennom arbeidet med rapporten møtte de barn som ikke fikk den hjelpen de hadde behov for, og ofte handlet det om at barna hadde mer sammensatte problemer enn det institusjonen hadde forutsetninger for å ivareta, enten det gjaldt ressurser eller kompetanse.

Barneombudet er av den oppfatning at det må etableres et felles døgnbasert tilbud til barn som er under oppfølging av både psykisk helsevern og barnevernet. Barneombudet tar ikke stilling til om dette bør være sektorovergripende døgninstitusjoner, eller om det for eksempel i psykisk helsevern skal settes av egne plasser til barn som trenger plassering etter barnevernloven. Anbefalingen er uansett at det opprettes felles institusjoner for barn og unge med behov for oppfølging fra begge tjenester, en anbefaling som kan sies å være i tråd med det nye tverrfaglige institusjonstilbudet.

Vi har valgt å omtale denne rapporten, fordi bruk av tvang er en relevant problemstilling i lys av det nye institusjonstilbudet. Tilbudet er rettet mot en målgruppe med store utfordringer og som har alvorlige psykiske lidelser. Barneombudets rapport peker på at mange av barna som barnevernet har omsorg for har spesielt store utfordringer når det gjelder psykisk helse, og at det er denne gruppen som er mest utsatt for tvang. Det antas at det er en sammenheng mellom barnas utfordringer og i hvor stor grad barna utsettes for tvang, med barnevernets kompetanse og forutsetninger for å håndtere barnas utfordringer som en viktig medierende variabel.

4.2.3 "Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner"

Mangelen på forskning om psykisk helse hos ungdommer i barnevernsinstitusjoner er et viktig utgangspunkt for denne forskningsrapporten som Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU) ved NTNU står bak [8]. For å bøte på denne kunnskapsmangelen ble forskningsprosjektet «Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner» igangsatt. Til sammen 400 ungdommer fra hele landet inngikk i datagrunnlaget for studien, der deres erfaringer med opphold i barnevernsinstitusjon ble kartlagt. Resultatene er basert på informasjon fra disse ungdommene, deres hovedkontakter og lederne ved barnevernsinstitusjonene.

Ifølge forfatterne var det mest iøynefallende resultatet i studien at så mange som 76 prosent av ungdommene i utvalget fylte kriteriene for minst én psykiatrisk lidelse i løpet av de siste tre månedene. Det er viktig å understreke at deltakerne i utvalget kvalifiserte for en diagnose basert på den måten forskerne kartla deres psykiske helse på; de var ikke diagnostisert gjennom helsevesenet. Resultatet tyder uansett på en forekomst av psykiske lidelser blant barnevernsbarn som ligger langt over det man finner i populasjonen av barn og unge. Resultatene fra rapporten har også blitt brukt i andre rapporter og dokumenter for å synliggjøre behovet for koordinerte tjenester mellom barnevern og psykisk helsevern. At kun 25 prosent av de samme ungdommene oppga å ha fått hjelp fra BUP i det samme tidsrommet, mens 38 prosent oppga at de ikke hadde fått noen som helst form for psykiatrisk hjelp, forsterker inntrykket av at unge innen barnevernet i for liten grad får

oppfølging for sine psykiske problemer. Videre viste studien at kun 18 prosent av barnevernsinstitusjonene hadde faste rutiner for besøk av helsepersonell i institusjonene.

Kayed et al. peker på at barnevernsansatte primært har miljøterapeutisk kompetanse, mens de har lite utdanning rettet mot å oppdage psykiske problemer eller forstå psykiatriske diagnoser. Når man i tillegg vet at det er tillatt med inntil 50 prosent ufaglærte blant ansatte i barnevernsinstitusjoner, er det ifølge forfatterne innlysende at barnevernsinstitusjonene ikke har forutsetninger for å utføre oppgaver som ligger hos psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Manglende psykiatrisk fagkompetanse kombinert med det faktum at mange barn i barnevernet har store utfordringer knyttet til komorbiditet når det gjelder psykiske lidelser, gjør det krevende å gi målgruppen det skreddersydde behandlingstilbudet de trenger.

På bakgrunn av resultatene mener forfatterne at myndighetene er nødt til å se alvoret i at et så høyt antall unge under barnevernets omsorg har psykiske lidelser som krever behandling, men ikke får den helsehjelpen de har behov for. De tar derfor til orde for at de aktuelle instansene og tjenestene i fellesskap, på tvers av lovverk, departementer og direktorater, må utvikle nye, gode behandlingstilbud for unge i barnevernsinstitusjoner. Det er sannsynlig at resultatene i denne rapporten har vært viktige som en bakgrunn for et påtrykk om å etablere det nye institusjonstilbudet. Resultatene fra studien har også vært referert til i andre rapporter, som for eksempel rapporten som oppsummerer anbefalinger fra arbeidet med helsehjelp til barn i barnevernet, og ikke minst prosjektrapporten der det nye institusjonstilbudet beskrives.

4.2.4 "Ungdommer i barnevernsinstitusjoners erfaringer med bruk av fastlegeordning, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling"

Utgangspunktet for studien til Kayed og Jozefiak [9] er behovet for mer kunnskap om omfanget av - og kvaliteten på - helsetjenester til barn som er plassert i barnevernsinstitusjoner. Forfatterne påpeker at psykisk helse hos unge i barnevernsinstitusjoner er et tema det foreligger svært lite forskning om. Rapporten ser derfor nærmere på hvilke erfaringer unge innen barnevernet har med bruk av fastlege, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Sikres disse barna nødvendig og forsvarlig helsehjelp?

Overordnet viser resultatene at fastlegen i liten grad henviser ungdommer i barnevernsinstitusjon til BUP, VOP eller TSB. Forfatterne peker på at dette er i strid med offentlige føringer som sier at primærhelsetjenesten skal fungere som en døråpner til andre spesialiserte helsetjenester. De finner at helhetlige utredninger, basert på fastlegens medisinske kompetanse både når det gjelder psykiske og somatiske lidelser, ikke blir tilstrekkelig ivarettatt. Når det gjaldt samhandling mellom psykiatri (BUP/VOP) og rusomsorgen (TSB) fant de at ungdommer med et tilbud gjennom rusomsorgen i liten grad hadde et psykiatrisk tilbud. Gitt høy grad av komorbiditet mellom rusproblemer og alvorlige psykiatriske lidelser, omtaler forfatterne dette resultatet som spesielt bekymringsfullt. De stiller spørsmål ved om tjenestene hver for seg vil være i stand til å utrede den enkeltes utfordringer på en helhetlig måte, og i neste omgang finne riktig behandling. Forfatterne mener dette vil kreve utstrakt samarbeid mellom spesialiserte hjelpetjenester, som i dag fremstår som fragmenterte og lite samkjørte. Hovedkonklusjon i rapporten er at de ulike tjenestene som er relevante for ungdommer i barnevernsinstitusjoner ikke er godt nok koordinert, og at det mangler et helhetlig og koordinert behandlingstilbud for denne gruppen.

4.2.5 "Erfaringer med etablering av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern"

RKBU Midt-Norge fikk i oppdrag av Helsedirektoratet og Bufdir å sammenfatte erfaringene med etablering av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern. Resultatene er presentert i en rapport [10]. Dette ble gjort ved å se nærmere på fire ulike prosjekter rundt om i landet som har hatt som mål å etablere et felles tilbud på tvers av barnevern og psykisk helsevern. De fire institusjonene var Seljelia senter for barnevern på Gjøvik (som i åtte år drev en felles døgnavdeling for utredning av barn mellom seks og tolv år, i samarbeid med BUP på Sykehuset Innlandet), Akutten i Nord-Trøndelag (felles utredningstilbud ved en BUP-døgnavdeling på Sykehuset Levanger), samt to andre felles institusjoner (planlagt i Oslo og Ålesund) som ikke ble realisert, på tross av at de var ferdig utredet i 2011. Manglende finansiering kombinert med omorganisering i berørte etater, oppgis som årsaker til dette. Rapporten er basert på dokumenter og intervjuer med lederne fra de ulike prosjektene.

Det er erfaringene fra Seljelia som er mest relevante, i og med at prosjektet i Nord-Trøndelag ikke var avsluttet da rapporten ble skrevet. En viktig styrke med det nye tilbudet var at det muliggjorde observasjon av barn med utgangspunkt i to faglige perspektiver. Dette ga en mer helhetlig forståelse av barnets situasjon og førte til at man sammen kunne se barnet med "nye øyne." I tillegg trekkes det frem at tilgjengelighet på psykologisk kompetanse ga en mulighet til å identifisere psykiske problemer hos barna på et tidlig tidspunkt. Både ledere og miljøterapeuter ga, ifølge Lurie, uttrykk for at de opplevde et positivt tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, der barna fikk en helhetlig og tverrfaglig utredning, basert på en kombinasjon av faglige perspektiver. Når det gjelder utfordringer, pekes det på at det å drive et tilbud basert på to ulike regelverk skapte merarbeid og noen komplikasjoner, slik som behov for separat journalføring, separate datasystemer og separat rapportering. Videre trekkes det frem at sen ansettelse av avdelingsledere og uklarhet rundt kompetansebehov bidro til utskifting av medarbeidere, og at prosessen med å bli enig om mål og metoder tok lengre tid enn planlagt.

Rapporten konkluderer med at det er uklart hvorvidt det bør satses på etablering av flere felles institusjoner i Norge. Om det skal gjøres, er det forfatterens anbefaling at ungdom fra 13 år og oppover bør prioriteres. Videre anbefaler Lurie at man bør vurdere å søke status som forsøksordning, for å unngå de vanskeligheter som må forventes å oppstå når to ulike etater og lovverk skal skape en tjeneste sammen. Lurie peker også på at det er kostbart å etablere felles institusjoner, og at andre tiltak uansett må gjennomføres, slik som opplæring av barnevernspersonell, innleggelse av barnevernsbarn i døgninstitusjoner (BUP) samt bruk av en "arenafleksibel" behandling i regi av BUP, for å nå ut til flest mulig unge med sammensatte problemer.

4.2.6 "Oppsummering og anbefalinger fra arbeidet med helsehjelp til barn i barnevernet – rapport fra en tverrfaglig arbeidsgruppe"

Rapporten [11] ble utarbeidet av en tverrfaglig arbeidsgruppe som vurderte kunnskapsgrunnlaget og kom med forslag til tiltak for å styrke helsetjenester til barn i barnevernsinstitusjoner. Rapporten var basert på et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, og ble overlevert de to departementene i november 2016. Det er liten tvil om at denne rapporten har dannet et viktig grunnlag for utformingen av det nye institusjonstilbudet. Det er også viktig å nevne at anbefalingene i rapporten er vurdert av samarbeidsforumet der de regionale helseforetakene og Bufetat deltar, et forum som ble opprettet av de to direktoratene i 2014.

Rapporten bruker innledningsvis mye tid på å drøfte viktigheten av barns medvirkning, og medvirkning forstås slik: "I arbeidet med å utvikle best mulig tjenester til barn og unge, både innenfor barnevernet og helsetjenesten, er det viktig at det er barnets behov som er i fokus. Tjenestene må ha som utgangspunkt at de er til for å dekke de behov barnet har for trygghet, omsorg og helsehjelp. Det sentrale spørsmålet i alt endringsarbeid bør være; hva skal til for å hjelpe barnet og hvordan må tjenestene endre seg og samarbeide for å kunne gi barnet den hjelp det er i behov av." Rapporten forstår medvirkning som en prosess som legger til rette for at barn og unge har mulighet til å påvirke *alle* forhold som omhandler dem, og ikke bare når det skal treffes beslutninger. I et barnevernsperspektiv handler medvirkning både om det som skjer ved inntak, underveis i oppholdet, og ved utskrivning fra institusjon. Eventuell helsehjelp de unge har behov for og mottar, omfattes også av dette. Ifølge rapporten bidrar medvirkning til at beslutningsgrunnlaget blir bedre, og at kvaliteten og treffsikkerheten i oppfølgingen og behandlingen styrkes.

Rapporten drøfter også implementering, noe som er relevant for vårt følgeforskningsprosjekt. Rapporten legger blant annet vekt på at "fremtidig utviklings- og implementeringsarbeid må sikre systematisk deltagelse av brukere og brukerorganisasjoner. Arbeidet må ta utgangspunkt i et helhetlig kunnskaps-bilde hvor brukerkunnskapen er en viktig del. Bare på den måten får vi endret tjenestene til det bedre for barna." Dette søkelyset på involvering og medvirkning av den gruppen som tilbudet er ment for, er viktig å ha med seg også i vår evaluering av implementeringen av det nye institusjonstilbudet. I hvilken grad er brukernes stemme hørt underveis i prosessen?

Basert på det kunnskapsgrunnlaget det refereres til, presenterer rapporten en rekke anbefalinger for å styrke det samlede tjenestetilbudet til barn innen barnevernet, med særskilt vekt på at helsetjenestene må komme tydeligere inn i behandlingsopplegget. Mange av tiltakene som foreslås i rapporten, er tiltak det nå jobbes for å realisere, enten som enkelttiltak, eller som del av mer overordnede strategier. Når det gjelder samhandlingen mellom barnevern og psykisk helsetjeneste presenterer rapporten følgende tiltak:

- Samarbeid om tidlig avdekking og utredning av hjelpebehov.
- Styrke allmennlegetjenester – etablere "barnevernslege".
- Etablere «barnevernsansvarlig» i psykisk helsevern for barn og unge.
- Økt bruk av digitale verktøy i behandlingen (f.eks. ved lang avstand mellom barneverns-institusjon og psykisk helsetjeneste).
- Bedre tilgjengelighet til psykisk helsetjenester for barn og unge i kommunen.
- Samordne og styrke rustilbud for barn og unge.
- Mer forpliktende samarbeidsavtaler.
- Styrke bruken av individuell plan når barn har behov for både barneverns- og helsetjenester.
- Avklare juridiske problemstillinger, og vurdere behov for lovendringer.
- Styrking av barnevernsinstitusjoner og samarbeid om barn med behov for døgnopphold i psykisk helsevern for barn og unge.

Under den siste anbefalingen drøftes behovet for et nytt behandlings- og omsorgstilbud, og arbeidsgruppen "påpeker som et sviktområde at det mangler et fungerende statlig tilbud til de barna som har de alvorligste psykiske lidelsene og som har et behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet." Med utgangspunkt i behovet for å etablere et mer koordinert tilbud til denne gruppen, presenteres to alternativer for hvordan dette kan løses;

først en integrert modell, kjennetegnet av et fast system for sektorovergrepene plasseringer (der noen barnevernsinstitusjoner omgjøres til helseinstitusjoner). Alternativ to er å prøve ut nye felles institusjoner, som både er barneverns- og helseinstitusjoner.

Rapporten konkluderer med at etableringen av et nytt institusjonstilbud ikke var aktuelt i 2016. Begrunnelsen for dette var at det ville kreve grundigere utredning av både "organisatorisk, økonomisk, faglig og juridisk karakter". Det ble også pekt på at det må vurderes mer inngående hvilke typer institusjoner som er aktuelle i en slik sammenheng, herunder om akuttinstitusjoner, omsorgsinstitusjoner eller atferds- og rusinstitusjoner er de mest aktuelle. Videre ble det påpekt at eventuelle målgrupper for institusjonene, inkludert vurderinger av problembelastning/diagnoser og alder på barna, er noe som bør utredes grundigere. Rapporten utelukker "likevel ikke at det kan bli aktuelt på et senere tidspunkt å vurdere også felles drift av institusjoner."

Vi ser dermed at anbefalingene i NOU 2016:16 *Ny barnevernslov. Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse* i stor grad viderefører anbefalingene fra arbeidsgrupperapporten, med vekt på sektorovergrepene plasseringer (det vil si innleggelse i psykisk helsevern med hjemmel i barnevernsloven, der noen barnevernsinstitusjoner omgjøres til helseinstitusjoner) og at spørsmålet om nye felles institusjoner for barnevern-/psykisk helsevern foreslås utredet videre.

4.2.7 "Prosjekt helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner i Helse Sør-Øst"

Målet med prosjektet har vært å styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og barnevernstjenesten for at sårbare barn i barnevernsinstitusjoner i større grad skal få den helsehjelpen de har behov for, og at psykiske lidelser kan oppdages tidligere. Helse Sør-Øst RHF var ansvarlig for prosjektet, og evalueringsrapporten er skrevet av Ruud og Weimand [12]. Det har vært et mål med arbeidet å skape grunnlag for en modell som kan tas i bruk i hele landet. Utgangspunkt som beskrives i rapporten er at Helse Sør-Øst RHF, sammen med Helsedirektoratet, initierte et prosjekt der målet har vært å prøve ut et tilbud der tjenester fra PHBU gis i barnevernsinstitusjoner, for å bedre kunne sikre barn den helsehjelpen de har behov for. Prosjektet har bestått av et overordnet prosjekt ledet av Helse Sør-Øst, med tre pilotprosjekter med felles mandat og overordnet målsetning. Pilotprosjektene har blitt gjennomført i regi av Sykehuset Innlandet HF, Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Østfold HF, og har, tross noen forskjeller i de modellene som ble valgt, hatt den samme overordnede målsetningen; å finne ut hvordan barn i barnevernsinstitusjoner kan få bedre oppfølging fra psykisk helsevern for barn og unge.

Flere funn fra denne evalueringen er relevant for vårt evalueringsarbeid. Ett funn er at alle de tre modellene som inngikk i pilotprosjektet har benyttet prinsipper som har vist seg å ha betydning når bedre samhandling er målet, herunder utarbeiding av samarbeidsavtaler, utarbeiding av retningslinjer og prosedyrer, etablering av møter og samhandlingsforum, samt bruk av metoder for å evaluere erfaringen med en modell, og justere den etter behov. Dette er punkter som vil være viktig når økt samhandling er målet, uavhengig av hvilke tjenester og aktører det er snakk om. Evalueringen konkluderte videre med at prosjektgjennomføringen har vært bra i alle pilotprosjektene, noe som knyttes til god lederforankring, systematisk forbedringsarbeid og gjennomføring, og systematisk kartlegging av erfaringer og måloppnåelse. Et annet resultat er at alle de tre pilotprosjektene oppnådde økt samarbeid mellom PHBU og barnevernsinstitusjoner, samtidig som det var noen nyanser i dette bildet.

Et viktig spørsmål er om psykiske lidelser ble avdekket tidligere gjennom disse tilbudene, eller om det ikke var noen endringer på dette punktet. Som vi har sett andre steder i dokumentgjennomgangen, er dette ofte et mål når bedre samhandling mellom barnevern og psykisk helsevern er tema. Rapportene fra pilotprosjektene gir et noe variert bilde av dette. Dels gir ansatte ved institusjonene uttrykk for at de oppdager psykiske lidelser tidligere, mens andre utsagn tyder på at en del barn og unge fortsatt ikke blir utredet godt nok for å kunne avdekke psykisk lidelse.

Et annet interessant funn fra det ene pilotprosjektet (Sykehuset Innlandet HF) er at regelmessige møter har bidratt til økt tillit mellom tjenestene, og ført til en lavere terskel for å ta kontakt på tvers. De unge som har behov for hjelp opplever dessuten å få hjelp tidligere. Barnevernsinstitusjonene har opplevd det som spesielt nyttig å drøfte de ungdommene som ikke allerede var i behandling i spesialisthelsetjenesten. Ungdommene treffer spesialisthelsetjenesten ved behov, uten henvisning i forkant.

Vi ser også noen mer generelle erfaringer fra disse pilotene som er relevante for vår evaluering. Pilotprosjektene har for eksempel prøvd ut modeller for samarbeid der en strategi har vært å gjennomgå og sammenstille informasjon fra dokumenter i barnevernet, helsetjenestene og andre kilder, for å skape kontinuitet i ungdommens historie og situasjon. Det vises til eksempler på at ungdommer har opplevd dette som svært positivt. Pilotprosjektene har vært opptatt av å sikre kontinuitet og sammenheng i måten ungdommene forstås, møtes og behandles på. Samarbeid og økt felles kompetanse mellom PHBU og barnevernsinstitusjonene fører til større samsvar i både holdninger og handlinger, og man unngår at ungdommene dras mellom ulike faglige tilnærminger. Ifølge pilotprosjektenes rapportering har samarbeidsmøter, veiledning og felles fagdager styrket opplevelsen av at det er en felles kompetanse mellom tjenestene. Dette er resultater som uten tvil har stor overføringsverdi til vårt institusjonsprosjekt; betydningen av samarbeidsmøter, felles opplæring og veiledning, felles fagdager, lederforankring og systematisk forbedringsarbeid vil neppe være noe mindre når et nytt felles behandlingstilbud skal opprettes.

Et viktig mål med arbeidet til Ruud og Weimand er å foreslå en felles nasjonal modell for samhandling mellom barnevern og PHBU. I kapittel 8.2 presenterer de sitt forslag til en slik modell. Vi går ikke nærmere inn på innholdet i selve modellen her, da deres modell tar utgangspunkt i at helse og barnevern skal samarbeide bedre, ikke at de skal jobbe i samme hus og skape et nytt tilbud sammen. Rapporten inneholder likevel noen viktige anbefalinger for hvordan tjenestene kan utvikle felles kompetanse og godt samarbeid – som også er relevant for det nye institusjonstilbudet:

- Fokuserer på å bygge samarbeidsrelasjoner og samarbeidskompetanse gjennom samarbeid og gjensidig hospitering. Slik vil ansatte bli kjent med hverandre på tvers, og utvikle felles kompetanse og økt faglig forståelse for hverandre.
- Vektlegge felles fagdager for å bygge kompetanse som er felles for partene. Tanken er at samarbeid og felles kompetansebygging kan bidra til å styrke den felles kunnskapen, samt forståelsen for hverandres kompetanse og arbeidsmåter.

Drøftingene Ruud og Weimand gjør inneholder mange punkter som er viktig å ta med i vår evaluering av det nye institusjonstilbudet. Viktige stikkord er organisering, samarbeid, kompetanse og ressurser med mer. Forfatterne vier også en del plass på temaet implementering av nye tjenester i det offentlige, og hvilke

utfordringer det kan medføre. Konkret drøfter de hvilke betingelser som må være på plass dersom man skal lykkes med å implementere en nasjonal modell for samarbeid mellom psykisk helsetjeneste og barnevern:

- *Behov for strategier som adresserer ulike nivåer og aktører* – for å oppnå en vellykket implementering av ny praksis trengs det strategier som både retter seg mot systemnivået og individnivået (klinikere).
- *Felles forståelse av utfordringer og behov for endring* – for å kunne endre praksis må de involverte ha en felles forståelse av utfordringene og at det er behov for å endre praksis for å gjøre noe med dette. Dette er spesielt krevende når det er snakk om å innføre en "nasjonal modell", som skal bidra til endret praksis i stor skala.
- *Fagutøverne må med* – det er helt avgjørende at fagpersonalet som skal utøve og realisere den valgte modellen, får et eierforhold til den. Dette kan sikres ved at de involveres i drøftinger om betydningen av satsingen, og om behovet for eventuelle lokale tilpasninger.
- *Lederinvolvering og lederforankring* – gjennom hele prosessen er det viktig å engasjere ledere på alle nivåer, både med tanke på beslutninger og gjennomføringen av prosesser. I tillegg til å ta riktige beslutninger på riktig tidspunkt, må lederne følge opp beslutningene.
- *Økt ressursbehov* – implementering av en ny samarbeidsmodell vil kreve mer ressurser enn tidligere praksis, fordi endret praksis krever læring og dreining i oppmerksomhet, dels fordi ny praksis vil innebære at arbeidet inkluderer nye krav, elementer og prosedyrer.
- *Lag en forståelig modell av det som skal implementeres* – en god og oversiktlig beskrivelse av modellen som skal implementeres, er viktig for å sikre en vellykket implementering. Dette kan være en skisse, tegning eller annen visualisering som viser hva som skal skje, og hvordan ulike komponenter virker inn på hverandre. En slik modell kan danne en viktig felles referanseramme, og bidra til å styrke den felles forståelsen av hvilke tiltak/endringer som må til for å oppnå endring.
- *Viktig med løpende diskusjon av "modellen", også etter at den er innført* – viktig å få en felles forståelse av samarbeidsmodellen og hvem som skal gjøre hva. Denne diskusjonen er også viktig underveis i prosessen, for å avklare ulike oppfatninger som avdekkes etter hvert som ny eller endret praksis gjennomføres.
- *Viktig med indikatorer for å måle endring (evaluering)* – ønskelig å utforme relevante evalueringsverktøy som tjenestene kan bruke i sitt arbeid med å evaluere og justere implementeringen av samarbeidsmodellen. For eksempel kan konkrete målinger av aktiviteter og fremdrift gi et bilde på gjennomføringen av prosessen. En mulighet er å spørre både målgruppa og ansatte i tjenestene om hvilke erfaringer de har (f eks. ved bruk av spørreskjema).
- *Implementeringsplan* – det bør utarbeides en konkret plan som beskriver hvordan tjenestene kan lykkes med implementering av modellen.
- *Implementeringsstøtte* – kan for eksempel være at statlige og/eller regionale myndigheter tilbyr opplæring og veiledning av ledere i hvordan de skal lykkes i å implementere nye modeller og arbeidsmetoder.

Mange av de aspektene som trekkes frem her, har store likheter med det vi har pekt på i vår prosjektbeskrivelse. Dette er betingelser for vellykket implementering som det er grunn til å tro er gyldig, uavhengig av type tjeneste eller sektor. Ruud og Weimand (2018) drøfter også noen mer generelle utfordringer knyttet til implementering av nye tjenester og arbeidsmåter:

- Det enkleste for mange ansatte er å fortsette som før!

- Mange ledere og fagfolk har travle arbeidsdager – dersom implementerings- og endringsarbeid oppfattes som noe som kommer i tillegg til alt de skal gjøre, og ikke som en del av det, vil det fort bli nedprioritert.
- Dersom utøvende fagfolk ikke deler den virkelighetsforståelsen som en ny samarbeidsmodell er fundert på, blir endring krevende. Hva kan gjøres for å påvirke dette? Tydelig kommunikasjon allerede i en tidlig fase om formål og behov, kombinert med involvering, forankring og "utsjekk" av synspunkter. Skape engasjement og eierskap gjennom involvering, og det å ta ansattes erfaringer og innspill på alvor.
- Manglende tilrettelegging kan hemme implementering – for eksempel når manglende tilpasning av den løpende situasjonen gjør det krevende for ledere og ansatte å prioritere innføringen av "det nye". Manglende tydelighet rundt hva man skal gjøre mindre av, når forventningen er at nye oppgaver skal prioriteres, vil forsterke denne situasjonen.

Ifølge Ruud og Weimand [12] er det i økende grad utviklet og tatt i bruk måleskalaer (fidelity-skalaer) for å evaluere i hvilken grad en tjeneste på et gitt tidspunkt er i samsvar med intensjonen/modellen for tiltaket. Disse kan ses på som "kvalitetsskalaer", som kan si noe om fremdriften i implementeringsprosessen. Hvor langt implementeringen har kommet måles ved å se på samsvaret mellom praksisen på et gitt tidspunkt, og den modellen som er tenkt innført. Intervjuer, observasjoner, gjennomgang av prosedyrer samt lesing av journaler, kan være metoder for å samle inn data. Slike måleskalaer utformes vanligvis slik at implementeringen av hvert element skåres på en skala fra 1 til 5, basert på spesifikke kriterier.

Alt i alt finner vi at rapporten til Ruud og Weimand (2018) inneholder mange resultater og erfaringer som er relevant for vår evaluering av det nye institusjonstilbudet, når det gjelder samarbeid mellom psykisk helsevern og barnevern.

4.2.8 Evaluering av «Akutten i Nord- Trøndelag (AiNT)»

Dette er et prosjekt som utforsker mulighetene for samarbeid mellom barnevernsfaglig og helsefaglig personell om å utrede barn som er i en akutfase etter minst ett av lovverkene, og som har behov for bistand etter det andre lovverket. Utgangspunktet er at en felles utredning av ungdom med sammensatte behov vil ha større verdi enn utredninger utført av tjenestene hver for seg, ikke minst når det gjelder valg av tiltak. Prosjektet var organisert som et samarbeid mellom BUP, Helse Nord-Trøndelag, Bufetat region Midt-Norge og tre kommunale barnevernstjenester i Nord-Trøndelag. AiNT var lokalisert ved BUP sengepost ved Levanger sykehus. I prosjektperioden ble 19 ungdommer tatt inn for utredning på sengeposten, noen med hjemmel i barnevernloven, mens andre ble henvist fra helsetjenesten (BUP), basert på en bekymringsmelding til barnevernet knyttet til barnets omsorgssituasjon.

Prosjektet ble evaluert av Lurie [13], og kvalitative intervjuer ble brukt som datainnsamlingsmetode. Et viktig resultat var at Akutten i Nord-Trøndelag hadde lyktes godt med å nå prosjektets mål; å utvikle en felles utredningsmal, et felles språk, samt å etablere en tverretattlig utredning av ungdom. Lurie fant at prosjektet bidro til bedre samarbeid og utvikling av et felles språk mellom barnevernstjenesten og BUP, fordi man fikk mer kunnskap om hverandres lovgivning og arbeidsmetoder, og fikk økt forståelse for hverandres faglige perspektiver. Den viktigste tilbakemeldingen er likevel at de tverrfaglige vurderingene har fungert bedre enn den tradisjonelle måten å gjøre dette på, fordi vurderingene baseres på en mer helhetlig forståelse av

ungdommen. Lurie fant videre at tverretatlige utredninger fungerte bra for målgruppen, uavhengig av hvilken tjeneste de var henvist fra.

Ansatte både i BUP, barnevernstjenesten og Bufetat ga uttrykk for at de opplevde det som positivt å samarbeide på denne måten, fremfor å gjennomføre utredninger hver for seg. En tilbakemelding var at samarbeidet resulterte i en mer helhetlig forståelse av ungdommens situasjon, og ungdommens og familiens utfordringer og hjelpebehov. Det opplevdes også som lettere å komme frem til gode løsninger i fellesskap. I tillegg førte det til at ungdommene fikk én koordinert tilbakemelding fra de to tjenestene.

Rapporten peker også på noen utfordringer og forbedringsområder. Det ene handler om balansen og "styrkeforholdet" mellom aktørene som representerer ulike fagretninger. Lurie omtaler økt likeverdighet mellom barnevernstjenestene og BUP som et forbedringsområde. Konkret handlet dette om at "enkelte barnevernsarbeidere følte seg underlegne i møtene med utredningsteam på sengepost hvor BUP var på «hjemmebane», og hvor BUP hadde flere medlemmer i teamet og større fagkompetanse innen ungdoms psykiske helse". Denne skjevheten omfattet også myndighet når det gjaldt inntak på sengepost, der barnevernstjenesten opplevde å ha mindre innflytelse. Opplevelsen var at det var ledelsen på BUP sengepost som hadde det siste ordet når det gjaldt inntak av ungdom som ble henvist for plassering på sengeposten. Dette gjaldt både spørsmålet om ledig kapasitet samt vurderinger av om opphold på sengeposten var riktig for ungdommen.

Noe annet man må se nærmere på i slike samarbeidsinitiativ er hvilke tiltak som er tilgjengelige i enkeltsaker, og etter hvilket lovverk. En tilbakemelding i prosjektet var at det er behov for en tydeligere ansvarsfordeling når det gjelder valg av tiltak og utarbeidelse av tiltaksplan, og hvordan de aktuelle regelverkene gir adgang til å innvilge ulike tiltak. For eksempel opplevde ansatte i barnevernet at samarbeidspartnere fra BUP og Bufetat ikke alltid hadde en god forståelse av barnevernstjenestens rolle og mandat, mens informanter som representerte BUP mente at barnevernstjenesten kunne bli flinkere til å iverksette tiltak man hadde blitt enig om i fellesskap i prosjektets utredningsteam. Dette handler om å tydeliggjøre alternativene for innplassering i ulike tiltak, og hvilket lovverk som gjelder.

Som Lurie selv understreker, er evalueringen først og fremst basert på de ansattes erfaringer og synspunkter. Sluttbrukernes stemme, det vil si ungdommene og familiene, er i langt mindre grad inkludert. Noen brukerintervjuer ble riktignok gjennomført, og disse viste at brukerne hadde mer varierte opplevelser av tilbudet enn de som var ansatt i tjenestene. For dem som var misfornøyd handlet det om følgende: uenighet rundt grensesetting, at de ansatte fikk for dårlig kontakt med ungdommene, uenighet om fagteamets beskrivelse av ungdommenes problemer, eller uenighet rundt forslag til plassering etter utskrivelse. Gitt det lave antallet informanter er dataene imidlertid kun egnet til å gi noen enkeltstående eksempler på hva brukernes misnøye med tilbudet handlet om.

4.3 Prosjekt "Nytt Institusjonstilbud" – endelig prosjektrapport med utgangspunkt i prosjektmandatet av 1. september 2017

Denne rapporten, som ble ferdigstilt i september 2018, utgjør det viktigste grunnlaget for etableringen av det nye institusjonstilbudet [14]. Det er her de faglige føringene for institusjonstilbudet beskrives. Rapporten er

viktig for vårt evalueringsoppdrag, fordi den angir de kriterier og målsetninger som det nye tilbudet skal innfri. Det vil med andre ord være en nær kobling mellom våre evalueringskriterier og de kriterier rapporten beskriver, med tanke på målgruppe, kompetanse, organisering, ledelse, trygghet og sikkerhet. I vår gjennomgang av rapporten har vi derfor vært opptatt av å besvare følgende spørsmål:

- I hvilken grad gir dokumentet de anbefalingene som de to institusjonene har hatt behov for gjennom oppstartsfasen høsten 2018?
- Hvor konkrete og operasjonaliserte er de anbefalinger som gis?
- I hvilken grad er dette et dokument som sier at noe *skal* gjøres, kontra å være et dokument som presenterer anbefalinger på en mindre bindende måte?
- Kom prosjektrapporten i tide for de som gjennom høsten har jobbet med å få på plass det nye institusjonstilbudet i Bodø og Søgne?

Mandatet for prosjektgruppen var å utarbeide forslag til felles beskrivelse av målgruppe, målsetning, innhold og organisering av det nye institusjonstilbudet. Bakgrunnen for oppnevningen av arbeidsgruppen var at både Helsedirektoratet og Bufdir, med de respektive helseregioner og Bufetat-regioner, i sine styrings- og oppdragsdokumenter hadde fått i oppdrag å "utarbeide felles beskrivelse av målgruppe, innhold og organisering for omsorgs- og behandlingstilbud for barn med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp". Arbeidsgruppen skulle levere en sluttrapport der målgruppe, innhold og organisering drøftes og beskrives i henhold til best tilgjengelig kunnskap fra helsetjenestene og barnevernet. Prosjektet skulle utarbeide nasjonale faglige rammer som skal gjelde for omsorgs- og behandlingstilbud for målgruppen.

Arbeidet har vært organisert som et prosjekt med et eget prosjektstyre, bestående av representanter fra de viktigste eierinteressene (fra både overordnede og utøvende nivåer i helsetjenesten og barnevernet m.fl.). Prosjektstyret hadde som funksjon å "støtte i utøvelsen av prosjektets eieransvar og for å styrke eierrollen med representasjon fra prosjektets hovedinteresser", inkludert å være overordnet ansvarlig for prosjektets måloppnåelse, samt gi rettledning og støtte til prosjektet underveis. Gjennom intervjuene fant vi ut at sentrale ledere både i Bufetat region nord og sør hadde deltatt i prosjektgruppen, og slik sett vært med på å utforme de faglige anbefalingene som nå skal realiseres.

Når det gjelder hovedleveranse 1 (målgruppe og målsetting), skriver prosjektgruppen at de har "søkt å drøfte seg frem til en felles forståelse av målgruppen gjennom å søke viktig erfaringskunnskap om hvilke ungdommer som vi per i dag vurderer har behov for denne typen institusjoner." Tilgang til enkelte anonymiserte enkeltsaker har inngått som en del av grunnlaget, samtidig som prosjektgruppen laget noen fiktive caser, som utgangspunkt for lignende drøftinger. Prosjektgruppens anbefalinger når det gjelder målgruppen for det nye institusjonstilbudet kan oppsummeres slik:

- Prosjektgruppen anbefaler at ungdommer som opplever omsorgssvikt over lang tid er en del av målgruppen, fordi større psykiske vansker ofte er et uunngåelig resultat av omsorgssvikt av ulik art.
- Operasjonalisert mer konkret peker de på følgende "smerteuttrykk" blant målgruppen: suicidalitetsproblematikk, selvskading med ulik alvorlighetsgrad, traumer, angstlidelser og depresjoner. Andre

markører er aggresjon, utageringer, spiseforstyrrelser, rømmings-problematikk og det at man unndrar seg oppfølging og omsorg.

I neste omgang går de enda mer konkret til verks for å identifisere og avgrense målgruppen, og oppgir en rekke konkrete inklusjonskriterier; tilbudet skal rettes mot ungdom mellom 13 og 18 år, de skal ha vedtak om døgnbasert tiltak etter barnevernloven (ikke akutt), de må ha et lavt funksjonsnivå, de skal ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helseverns prioriteringsveileder for barn og unge, samtidig som ett eller flere forsøk på utredning eller behandling i psykisk helsevern for barn og unge bør ha vært prøvd. Arbeidsgruppen peker på at mange i målgruppen trolig vil oppfylle flere av kriteriene, og at alle kriteriene bør være oppfylt for å få adgang til det nye institusjonstilbudet. Arbeidsgruppen antar videre at mange i målgruppen vil ha en historikk med akuttinnleggelser i psykisk helsevern bak seg.

Selv om kriteriene som oppgis for å avgrense målgruppen hver for seg er relativt konkrete, betyr ikke det, slik vi ser det, at målgruppen vil bli enkel å avgrense i praksis. Og hvilken *målgruppe* ender man opp med dersom alle kriteriene er på plass? Vil de tilhøre samme målgruppe "kun" fordi de har alvorlige (psykiske) helseproblemer kombinert med en vanskelig omsorgssituasjon, eller vil de også ha andre ting til felles? Her nevnes mange ulike kriterier, men mange av dem er ganske generelle, og kan opptre hos mange individer. Spørsmålet blir dermed om kriteriene blir tydelig og retningsgivende nok for institusjonene, når de skal finne sin målgruppe. Og gir det mening å legge disse kriteriene til grunn, og samtidig snakke om en entydig målgruppe? Arbeidsgruppen er inne på dette når de understreker at mange i målgruppen trolig ikke vil være komfortabel med å bli møtt med en diagnostisk tilnærming. Rapporten understreker derfor betydningen av hjelpere "som er nysgjerrige og aktivt lyttende" til ungdommens subjektive opplevelser, fordi "brukerinvolvering og -medvirkning handler om det". Dette blir et viktig spørsmål for de nye institusjonene når de skal finne sin målgruppe; hvordan balansere diagnostiske kriterier med brukernes subjektive historie?

Rapporten beskriver videre en del behov som må være på plass for at målgruppen skal kunne motta et tilbud: behov for trygge og gode omsorgsbetingelser, behov for bistand til relasjonsbygging med omgivelsene (f.eks. familie/fosterhjem, skole, venner og fritid) og behov for systematisk og kunnskapsbasert miljøterapi, tverrfaglig og spisset behandlingsmetodikk, og ikke minst at de faglige perspektivene utfyller hverandre. Videre nevnes behov for traumebevisst omsorg og behov for behandling fra psykisk helsevern, samt behov for at noen ser sammenhengen mellom deres følelser og atferd og smerteuttrykk. Gitt anbefalingen om mange (helst alle) kriterier bør være oppfylt, er det etter vårt syn liten tvil om at rapporten peker i retning av en tung og ressurskrevende målgruppe. Samtidig er det også her en utfordring at de behovene som skisseres er så generelle at de kan passe for nesten alle barn og unge i barnevernet i dag. Og mens traumebevisst omsorg (TBO) tidligere var mer knyttet til psykisk helse og diagnostiserte traumer, brukes det i dag om nesten alt.

Overordnet målsetning for de nye institusjonene er å gi ungdommene hjelp til å mestre sine liv på bred front, for å legge til rette for en god overgang fra barne- og ungdomsårene til voksenlivet. Målsetting for behandlingen og det tilbudet som gis anbefales av prosjektgruppen å være av såkalt "igangsettende karakter." Arbeidsgruppen fremholder at dette ikke er ment som et varig tilbud, men at institusjonene heller bør inngå som del av lengre og integrerte behandlings- og oppfølgingsløp. Institusjonstilbudet skal videre representere en trygg omsorgsbasis, der ungdom med betydelige utfordringer i livet kan få nødvendig oppfølging,

kjærlighet, omsorg og behandling. Det skal ytes helhetlig, samtidig, kontinuerlig og koordinert hjelp, og ungdommene skal tilbys en bred kartlegging, der helsemessige vurderinger (spesielt psykisk helse) skal kombineres med barnevernsfaglige vurderinger. Når det gjelder metodikk og faglige perspektiver er målet at institusjonene skal utvikle et "felles fagsyn", for å understøtte en bred miljøterapeutisk tilnærming. Alle tiltak og aktiviteter skal være del av en større gjennomtenkt helhet.

Rapporten gir en rekke anbefalinger for hvordan det skal jobbes i institusjonene også når det gjelder arbeidsmetodikk. Det overordnede målet er at en integrert tjeneste mellom barnevern og PHBU skal gi bedre kvalitet enn det tjenestene kan levere hver for seg. Samtidig understrekes det at alle oppgaver ikke nødvendigvis skal løses på tvers. Man må organisere med flere faggrupper og team som vil ha ulike roller, og som skal løse ulike deloppgaver. Alt som gjøres skal imidlertid være del av en fornuftig helhet. For å oppnå dette tas det blant annet til orde for at helsehjelpen må være en integrert del av den "miljøterapeutiske grunnstrukturen." Prosjektgruppen anbefaler videre at det skal jobbes på en teoretisk forankret måte i institusjonene, for å underbygge systematikk og helhet. Utviklingspsykologi og dialektisk atferdsterapi (DBT) anbefales som grunnleggende metodiske tilnærminger. Det skal jobbes systematisk og strukturert, samtidig som det skal gis et individuelt tilpasset tilbud til den enkelte, basert på en relasjonell tilnærming. Grunnideen kan forstås slik; siden unge i målgruppa vil ha komplekse og sammensatte utfordringer, må de møtes på en helhetlig måte, der systematisk teoriforankret jobbing går hånd i hånd med individuelt tilpasset oppfølging.

For å unngå at de to institusjonene som er under etablering høsten 2018 ender opp med ulik grunnbemanning og kompetanse, anbefaler arbeidsgruppen at det utarbeides en felles bemanningsnorm for det nye tilbudet. Rapporten spesifiserer konkret hvilke kriterier enhetsledere, avdelingsledere og annet personell skal oppfylle. Et spørsmål er likevel hvor "bindende" disse anbefalingene skal anses som, og hva man skal gjøre dersom arbeidsmarkedet lokalt ikke gir de rekrutteringsmulighetene som trengs. Som vi skal se, var dette et tema som ble tatt opp i intervjuene.

Når det gjelder helsefaglig personell, sier rapporten at helsepersonellet skal være "faglig underlagt den spesialisthelsetjenesten de er ansatt ved og skal derfor ha samme leder", og at "lege og psykolog arbeider halv tid på institusjonen og halv tid i det helseforetaket de er ansatt ved". Videre anbefales en fleksibel arbeidstidsordning, der legene og psykologene ikke jobber i ordinær vaktturnus. Det overordnede målet er å sikre at helsefaglig kompetanse er tilgjengelig på ulike tider av døgnet. Rapporten bruker "kjente ansvarsfraskrivende mønstre" som en illustrasjon på hvor man *ikke* skal havne med det nye tilbudet. Når det gjelder opplæring, så sier rapporten at det må settes av nok tid til grunnleggende opplæring, men også med tanke på implementering av valgt metodikk. Det er grunn til å tro at dette er et punkt som vil ha stor betydning for hvor vellykket implementeringen av tjenesten vil bli på sikt.

Et viktig premiss er at de nye institusjonene skal hjemles i barnevernslovgivningen, og at vedtak om inntak skal være begrunnet i samme lovgivning. Samtidig er premisset at det skal ytes samtidig og integrert hjelp fra barnevern og PHBU. Rapporten gir ganske omfattende beskrivelser av inntaksfasen, og viktigheten av at ungdommene er involvert og ansvarliggjort fra første dag av. Det presiseres videre at i mange av de sakene som kan bli aktuelle for de nye institusjonene, vil det allerede være etablert et samarbeid mellom de aktuelle tjenestene. *Rådgivende inntaksteam* skal bestå av enhetsleder for institusjonen, lege og/eller psykolog fra spesialisthelsetjenesten, samt rådgiver fra enhet for inntak. Et annet verktøy som introduseres i rapporten er

kasusformulering, som skal være et arbeidsverktøy som beskriver "hypoteser for hvordan man forstår ungdommens vansker, i et språk som skal være tilgjengelig og gjenkjennbart for ungdommene, familien og eventuelle samarbeidende instanser." Ifølge arbeidsgruppen vil slike verktøy være viktig for utvikling av en felles kultur, "vi"-følelse, eierskap, deltakelse i felles faglig utvikling, og de ansattes opplevelse av å tilhøre et større fagmiljø. For å sikre at hver ungdom får nødvendig grad av "skreddersøm" for sitt institusjonsopphold, skal det opprettes egne team rundt hver enkelt ungdom ved innflytting.

Rapporten anbefaler at det utarbeides *felles institusjonsplaner* og *forløpssjekklist*er for de to første institusjonene, for å unngå uheldig variasjon i drift og videre utvikling av det foreslåtte institusjonsforløpet, og for å muliggjøre mer systematisk erfaringsutveksling mellom regionene og institusjonene. Når det gjelder eventuelle behov for lovendringer, konkluderer rapporten i første omgang med at det ikke er gunstig å gjøre det nå, fordi prinsippet om konfidensialitet mellom behandler og klient står så sterkt. Samtidig åpnes det for at det er noe som må vurderes etter hvert, når tilbudet er oppe og går. Spesielt dersom manglende samtykke fra ungdommene fører til at tjenestene ikke klarer å jobbe helhetlig, anbefales det at behovet for lovendring må vurderes på nytt.

Det er denne rapporten som gir de faglige føringene for etableringen av de nye institusjonene, når det gjelder organisering, bemanning, kompetanse, arbeidsmetodikk og målgruppe. Rapporten definerer en rekke ulike kriterier, spesielt når det gjelder målgruppens utfordringer og behov. Rapporten presenterer mange føringer og anbefalinger; spørsmålet er hvilket mulighetsrom den enkelte institusjon har til å realisere dette i en lokal kontekst. Samtidig er en del av føringene såpass generelle at det blir opp til institusjonene å selv operasjonalisere hva målene skal inneholde og hvordan de skal nås. Det viktigste målet med følgeforskningsprosjektet er å vurdere oppstart, etablering og etter hvert implementering av det nye institusjonstilbudet, målt opp mot de kriterier og mål som beskrives i rapporten. I hvilken grad klarer institusjonene å følge opp og virkeliggjøre de anbefalingene som rapporten gir, og hvilke behov er det for lokale tilpasninger og fleksibilitet i opprettelsen av tilbudet?

4.4 Dokumentasjon fra pilotinstitusjonene

I løpet av oktober-november 2018 fikk vi tilsendt diverse dokumentasjon fra de to pilotinstitusjonene. Dette er dokumenter som viser hvilke planer, milepæler og tidsskjema de har jobbet ut ifra. Det har vært nyttig for vår del å få et innblikk i dokumentasjonen for å kunne vurdere grunnlaget for etableringen (faglig, metodisk, ressursmessig og økonomisk). Vi har gått gjennom materialet, og gjør i det følgende rede for noen av de tankene vi har gjort oss så langt i etableringsprosessen. Vi starter med Lunde behandlingssenter i Region sør.

4.4.1 Lunde behandlingssenter

Vi mottok en rapportering fra Lunde behandlingssenter som viste status i forberedelsene og etableringsarbeidet per 12.11.18. Dokumentet fokuserte mye på hvilke aktiviteter som er gjennomført, og hvilke aktiviteter som er planlagt videre fremover. Rapporten gir nyttig informasjon om hvordan forberedelsesprosessen har vært gjennom høsten, og hvilke vanskeligheter de har støtt på underveis. Rapporten er innledningsvis tydelig på at overordnet strategi for etableringsprosjektet, samt de føringer og beslutninger som er lagt til grunn, følger av rapporten fra den nasjonale arbeidsgruppen som leverte sin rapport i september 2018.

Når det gjelder omstillingsprosessen, understrekes det at det i Region sør var en grunnleggende føring at de skulle benytte en eksisterende institusjon og foreta en omstilling av denne. Det pekes videre på at det innledningsvis i prosessen har tatt tid å gjennomføre en "kvalitativt god og ryddig omstillingsprosess, med tanke på ivaretagelse av berørte ungdommer (plassert i eksisterende institusjon) og ansatte som måtte gjennom en omstillingsprosess (ref. arbeidstakerrettigheter etc.)". Dette ble også redegjort for i møtet som SINTEF gjennomførte med institusjonen den 15.10.18, og som vi gjengir hovedpunkter fra senere i rapporten.

Rapporten drøfter også spørsmålet om hva slags tilbud dette egentlig skal være, og hvilken kompetanse som trengs. Som svar på disse spørsmålene vises det til at disse avklaringene er dokumentert i diverse referater fra møter på region-, direktorat- og helseforetaksnivå, i tillegg til de konklusjoner som står i prosjektrapporten. Det pekes også på at det var flere spørsmål som det tok tid å få avklart, for eksempel når det gjaldt organisering, krav til tilbudet og metodebruk. Dette ser også ut til å bli brukt som en forklaring på hvorfor man i Region sør kom relativt sent i gang med omstillingsprosessen: "Region sør begynte derfor først med omstillingsprosessen tett opp mot sommeren 2018". Av rapporteringen fremgår det også at konstituert enhetsleder tiltrådte først den 5.10.18. Det er i fortsettelsen viktig å finne ut hva dette eventuelt har betydd for etableringsprosessen. Det som uansett er klart, og som vi utdyper i det følgende, er at etableringsprosessen i sør kom senere i gang enn i nord, og har vært preget av en strammere tidsramme når det gjelder aktiviteter og frister.

I rapporteringen fra Lunde brukes begrepet implementeringsstruktur, og det presiseres at innholdet i implementeringsstrukturen følger av styringsdokumentet «Endelig prosjektrapport – nytt institusjonstilbud», og at prosessen generelt har vært lagt opp med denne rapporten som viktigste premissgiver. Når det gjelder implementeringsarbeidet så langt, så fremgår det at det har vært gjennomført som fellesprosesser, enten med alle ansatte til stede, eller i gruppe- og teamarbeid. Rapporteringen ga videre innblikk i etableringsprosjektets fremdriftsplaner og "to-do-lister". Her står det hvilke aktiviteter som har vært planlagt når, hvordan de skulle gjennomføres, og hvilken aktør som har vært ansvarlig. Eksempler på aktiviteter har vært samordning av kartlegging og helse rutiner (eget møte med helse i nord og sør innen november), kvalitetssikringsprosess av institusjonsplan med godkjenning (snaest), lokal informasjon og dialog (innkalle til møte med kommune, skoleledelse og SLT koordinatorene, desember), samordne inntaksprosesser og innslagstidspunkt (desember), etablere turnus (gruppeprosess med involvering og tett samhandling med tillitsvalgte, snaest), opplæringsløp - DBT/OEM (basert på dialog med Region nord, snaest). Tabellene som viser aktiviteter og tidsfrister i Region sør, gir inntrykk av en hektisk omstillings- og etableringsprosess gjennom høsten 2018.

Rapporteringen sier også noe om hvordan åpenhet har blitt ivaretatt i prosessen. I tillegg til fysiske møtepunkter har prosjektet etablert et eget samhandlingsrom, hvor all kommunikasjon skjer åpent i Sharepoint og Teams. Alle aktuelle dokumenter er her åpent tilgjengelig for hele personalgruppen, beslutningstakere og interessenter i Region nord/sør, helseforetakets personell, lokale og regionale tillitsvalgte, og for pilotinstitusjonen i Bodø. Videre fremgår det av rapporteringen at utviklingsarbeidet ved institusjonen i stor grad har blitt gjennomført med hele personalgruppen til stede, noe som begrunnes med behovet for å sikre felles forståelse og implementering av overordnet strategi, mål, oppdrag og visjon. Også den samlede implementeringsstrukturen oppgis å være utarbeidet av personalgruppen i felleskap. Det beskrives også hvordan personalgruppen vil fortsette å diskutere hva dette oppdraget egentlig innebærer og fordrer av dem og ungdommene i praksis, også etter at tilbudet formelt er etablert.

Når enheten i sør oppgir at mange aktiviteter har vært gjennomført som fellesprosesser med hele personalgruppen til stede, er det grunn til å presisere at dette ikke innbefatter ansatte fra helsetjenesten. Disse var ikke ansatt når intervju ble gjennomført og rapportering oversendt SINTEF. Med personalgruppen siktes det derfor til ansatte i barnevernet. Samtidig er det viktig å minne om at den samlede personalgruppen vil bestå av ansatte fra både barnevern og psykisk helsevern. Hvilken betydning har det at prosessen så langt kun har involvert de ansatte fra barnevern når målet er å bygge en ny integrert tjeneste på tvers av tjenestene? Dette er et av de spørsmålene som blir viktigst å følge opp i den videre implementeringen av tilbudet, men også i følgeforskningsprosjektet. Når vi i samme rapportering kan lese at det er et mål å "etablere lokale samarbeidsrutiner" med helse og å "sikre tydelige samarbeidsrutiner med avklaring av roller/ansvar og oppgaver", gir det også grunn til å spørre om hvilken tjeneste man faktisk ser for seg. Skal det være en tjeneste som baserer seg på samarbeid, eller skal det være en tjeneste som på en nyskapende måte integrerer kompetanse og faglige tilnærminger på tvers? Ser de to institusjonene for seg et samarbeid med psykisk helsevern, eller en integrert tjeneste?

Når det gjelder måten de skal løse oppdraget på, så har de formulert følgende visjon for den nye institusjonen: *å skape en trygg, faglig sterk, stabil, støttende, uredd, samkjørt, omsorgsfull, forståelsesfull og imøtekommende kultur*. Å få på plass en stabil og trygg personalgruppe er et premiss for å oppnå dette, og i den sammenheng vises det også til at man er enig om å "fjerne prestisjen i tidsaksen". Med dette menes at kvaliteten i opplæringen i en oppstartsfase er viktigere enn å forhaste seg med å starte opp. Som de gir uttrykk for: de er klare når de er klare, og har den riktige kompetansen på plass. Dette er interessant i lys av føringene fra departement og Bufdir, som har vært opptatt av at tilbudet skal være etablert fra årsskiftet 2018/19.

Kompetansekrav for de ulike stillingstypene er konkretisert i rapporteringen. Rapporteringen viser til at det i mandatet ikke var noen føring "som tilsa at det skulle være mer spesifikk kompetanse enn høyskoleutdannet personale med bachelor. Regionen valgte derfor bachelor som krav og spesifiserte ikke hvilken type. "Når det gjelder opplæring av personalet, så finner vi mot slutten av rapporteringen en tabell som gir en detaljert oversikt over ulike opplæringstiltak, hva tiltakene skal bidra til, ansvar for gjennomføring, samt frist for gjennomføring. Tiltakene skal blant annet bidra til opplæring i omsorgs- og endringsmodellen, opplæring i rettighetsforskriften, barnevernloven og helselovgivning (inkludert helseveileder), opplæring i trygghet og sikkerhet, opplæring i standardisert forløp, handlekraft og familie-/nettverksarbeid, opplæring av skole og andre samarbeidspartnere, samt rutiner for samarbeid med helse, for å nevne noe. Tiltakene favner bredt, og mange av dem er rettet inn mot økt samhandling på tvers av tjenestene, basert på økt kunnskap og forståelse for hverandre. Enkelte opplæringstiltak har tidsfrist så tidlig som 1. kvartal 2019.

Når man leser tabellene som viser aktiviteter og tidsfrister for institusjonen i Region sør, fremstår etableringsløpet gjennom høsten 2018 og første del av 2019 som relativt stramt tidsmessig. Svært mange aktiviteter har vært gjennomført siden oktober 2018, og mange aktiviteter hadde frist i desember 2018, det vil si kun kort tid før det nye tilbudet skulle være klart til å ta inn de første brukerne. Siden rundt midten av oktober og frem til rapporteringstidspunktet, har det blitt gjennomført aktiviteter, møter, fagsamlinger og opplæring nesten daglig, ofte med hele personalgruppen til stede. En rekke tema har vært på agendaen, slik som omstilling, opplæring (inkludert innføring i behandlingsmodellen DBT), grunnopplæring i trygghet og sikkerhet (flere dager), opplæringsdager i psykisk helse/psykisk helsevern. Samtidig har rekrutterings- og organisasjonsspørsmål blitt håndtert parallelt med faglig opplæring og kompetanseheving. Det er grunn til å tro at tidsskjemaet ved Lunde Ungdomshjem gjennom høsten 2018 henger sammen med sen oppstart av

etableringsprosessen (inn mot sommeren 2018). En viktig del av vårt prosjekt vil bli å utforske videre hvor stor betydning forberedelsesfasen begge steder har hatt for den mer langsiktige implementeringen av tilbudet.

Et sentralt spørsmål å følge med på videre er hvor mye av den aktiviteten som beskrives, som har skjedd i fellesskap mellom barnevern og helse. I og med at vi har fått tilsendt rapportering fra Bufetat, er det naturlig at de aktiviteter det rapporteres om primært gjelder for barnevernets ansatte. Samtidig er det problematisk at omfanget av felles aktiviteter mellom tjenestene ser ut til å være så begrenset. Det er mye som tyder på at ansatte innen barnevern så langt har lært mer om psykisk helse, enn ansatte i helseforetakene har lært om barnevernets virksomhet. Når ansatte fra helsesiden ennå ikke er rekruttert, må det nødvendigvis bli slik. Både rapporteringen fra institusjonene og intervjuene bekrefter at rekrutteringen av helsepersonell har vært spesielt krevende. I det videre vil vi utforske hvorfor rekrutteringen til helsestillingene i institusjonene har vært så krevende. For eksempel er det relevant å se på hvilken rolle helseforetakene har tatt når det gjelder å mobilisere søkere. Hvordan har jobbannonsene vært utformet? Og hvordan har man forsøkt å nå potensielle søkere?

Basert på den rapporteringen vi har fått tilgang til og de intervjuene som er gjennomført, er det liten tvil om at Lunde ungdomshjem trenger tiden frem til årsskiftet 18/19 (og vel så det) for å avklare grunnleggende forhold når det gjelder det nye institusjonstilbudet. Behovet for å få på plass en godkjent institusjonsplan, avklaring av inntaksfunksjon samt etablering av samarbeidsrutiner er noen eksempler på hva dette handler om. Mange aktiviteter som omhandler sentrale forhold ved driften av den nye institusjonen, virket ennå ikke å være avklart per desember 2018, som for eksempel etablering av inntaksrutiner og lokale samarbeidsrutiner (som hadde oppgitt frist medio desember). Andre aktiviteter er datofestet til 1.-2. kvartal 2019, noe som viser at etableringen og implementeringen av det nye institusjonstilbudet er en langsiktig prosess. Foruten utfordringer knyttet til sen oppstart av prosessen, så gjenspeiler dette trolig også hvor krevende det er å planlegge etableringen av en slik tjeneste på forhånd. Noen forhold er rett og slett vanskelig å detaljplanlegge i forkant, når det gjelder målgruppe, kompetansebehov (avhenger av målgruppe) og hva som trengs for å få til et godt samarbeid mellom tjenestene. Å bygge en felles faglig plattform, og skape en fellesskapsfølelse blant ansatte, er dessuten noe av det som tar lengst tid, samtidig som det er helt avgjørende for en vellykket implementering.

4.4.2 Bodø ungdomssenter

Vi fikk tilsendt flere dokumenter fra Bodø Ungdomssenter, herunder prosjektplan, omstillingsplan, bemanningsplan, årshjul og opplæringsplan. Dokumentene viser en detaljert inndeling i aktiviteter og mål, som samtidig er tydelig forankret i arbeidet som den nasjonale arbeidsgruppen har levert. I "Prosjektplan for regional gruppe – nytt institusjonstilbud" gjengis mye av innholdet i mandatet for den nasjonale arbeidsgruppen, samt fra selve arbeidsgrupperapporten. Samtidig gis oppsummeringer av hva som har vært gjennomført. I tillegg til et nasjonalt prosjektstyre og en nasjonal prosjektgruppe, er det etablert en regional styringsgruppe i nord, med representanter fra Nordlandssykehuset, Helse Nord og Bufetat Region nord. I tillegg ble det etablert en regional prosjektgruppe, som har hatt ansvaret for å planlegge og lede etableringen av den nye tjenesten. Enhetsleder ved Bodø Ungdomshjem har ledet dette arbeidet og satt i tillegg i den nasjonale arbeidsgruppen.

Dersom vi sammenligner aktivitetsgjennomføringen i Region nord med Region sør, ser vi noen interessante forskjeller: mens man i Bodø gjennomførte et samarbeidsmøte med helseforetaket tidlig i november 2017, finner vi at denne kontakten skjer langt senere i Region sør. En annen forskjell er at de aktiviteter som beskrives

i Bodøs rapport, er mer preget av å være møter og orienteringer (og ikke fagopplæring og kursing, som i sør). I nord virker det å ha handlet mye om prosessen og hvordan den er lagt opp, mens man i sør i større grad har vært nødt til å prioritere rekruttering, opplæring og personalsituasjonen, i tillegg til mye annet. Et sentralt moment her er at Region nord i all hovedsak beholder de som tidligere var ansatt på institusjonen, mens Region sør skal rekruttere mange nye ansatte. I tillegg har Region nord jobbet med DBT i flere år og opplever derfor ikke at de har behov for samme grad av kompetanseheving på den metodiske tilnærmingen. I tillegg ser det ut til at det faglige grunnlaget, samt samarbeidsrelasjoner mellom barnevern og helse har vært mer etablert i nord enn i sør.

Mens omstillingen i Region sør startet like før sommeren 2018, fremgår det av rapporteringen fra Bodø at prosessen her startet i november 2017, med å utforme stillingsbeskrivelser og drøfte dette i de relevante foraene. Samme måned ble det holdt informasjonsmøter både med regionledelse og med det de kaller omstillingsteam. I desember 2017 ble drøfting og forhandling av organisasjons-form gjennomført, i tillegg til risikoanalyse av omstillingsprosess, kompetansekartlegging og utlysning av lederstilling. Ut fra den rapporteringen som foreligger, ser vi at endringsprosessen har pågått over en lengre periode i Bodø enn i Søgne. Et viktig spørsmål er hva dette eventuelt betyr for det videre implementeringsløpet de to stedene.

Under punktet "Målsetting for institusjonene" vises det til forslaget til overordnet målsetting for institusjonen, slik nasjonal prosjektgruppe har utformet det; at ungdommen får hjelp til å mestre sine liv på alle livsarenaer, slik at hun eller han får hjelp til å klare seg godt fra tidlig alder og inn i voksenlivet. Den regionale prosjektgruppen foreslår videre "målsetting for behandlingen og tiltakene som gis ved institusjonen til å være av *habiliterende karakter*." I dette ligger det at ungdommene skal bli bedre i stand til å leve med og mestre de utfordringene de har. Prosjektgruppen mener videre at institusjonene "bør ha som målsetting å være en trygg omsorgsbasis der ungdommer med betydelige utfordringer i livet kan få nødvendig oppfølging, kjærlighet, omsorg, utviklingsstøtte, emosjonsregulering og behandling."

Det er interessant å notere seg at Bodø her innfører et begrep som ikke brukes i den nasjonale arbeidsgrupperapporten, nemlig at tilbudet skal være av "habiliterende karakter". Det interessante er at habilitering som tjeneste nok er mer assosiert med andre målgrupper enn barnevernsbarn.⁵ Det handler også mer om tilpasning, og det å lære seg å leve med de utfordringer man har, enn om fundamental endring. Et spørsmål som oppstår er hvor godt en slik forståelse stemmer overens med det nye institusjonstilbudet, slik det opprinnelig har vært tenkt. Innebærer dette fokuset på habilitering en begrensning i forhold til det tilbudet opprinnelig var ment som, eller er det i tråd med de egentlige intensjonene? Dette kan også ses i sammenheng med det som står i arbeidsgrupperapporten, om at tilbudet er ment å være av "igangsettende karakter". Spørsmålet blir om vi her ser noen begreper som utfordrer bildet av at dette skal være et helhetlig og (om nødvendig) langvarig omsorgs- og behandlingstilbud.

Dokumentene fra Bodø Ungdomssenter viser at risikovurderinger ble foretatt i desember 2017. Under vises hvilke områder som ble definert som suksesskriterier, og hva som ble sett på som kritiske faktorer. Dette for å eksemplifisere hva vurderingene i denne fasen har handlet om:

⁵ Brukere av habiliteringstjenester og tilbud, vil være barn og ungdom med medfødt eller tidlig ervervet skade, sykdom eller funksjonsnedsettelse, og voksne personer hvor den tidlig ervervede skade eller sykdom, i hovedsak, også medfører kognitiv funksjonsnedsettelse (kilde: <https://naku.no/kunnskapsbanken/habilitering>)

PÅ basis av delleveranser fra nasjonal gruppe og i samarbeid med region sør skal prosjektgruppen planlegge og etablere Nytt inst. tilbud i Bodø			
Prosessleder : <input type="text" value="Olaf Jensen"/>		<input type="text" value="Nytt institusjonstilbud"/>	
Deltakere :			
<input type="text" value="MR"/>	<input type="text" value="LK"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="OJ"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="wL"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="KJ"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="TL"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Følgende SUKSESSFaktorER ble prioritert			
Barnvern og Helse skal ha en felles behandlingsmodell			
Være løsningsorientert			
Jussen må ikke være til hinder for ny samarbeidsform og faglig tilnærming			
På bakgrunn av disse ble følgende RISIKOFaktorER prioritert for å vurderes. De ble vurdert slik			
Det juridiske er til hinder for felles modell	Kritisk		
Det juridiske kan påvirke slik at en ikke blir løsningsorientert	Høy Risiko		
Det juridiske aspektet diskuteres løst fra det faglige	Høy Risiko		
Ulike fagsyn og kultur	Høy Risiko		
Gruppen leverer ikke identifiserte problemstillinger fag/jus	Høy Risiko		
Skala for Risikofaktorer: Kritisk - Høy risiko - Moderat - Lav risiko			
Det ble prioritert RISIKOREDUSERENDE TILTAK, og de ble vurdert slik			
At prosjektgruppen organiserer og setter gode rammer for arbeidet med felles kultur og fagsyn	Viktig		
At det jobbes systematisk i Helse og Bv for å endre og skape felles kultur	Viktig		
At gruppen er innovativ	Viktig		
At gruppen jobber med å etablere felles språk i behandlingen og omsorgen som skal gis	Viktig		
At gruppen utfordrer eksisterende lover	Viktig		
Gruppen gir inn forslag til lovendring	Viktig		
Eksisterende behandlingsopplegg i region nord blir vedtatt	Viktig		

Figur 2 Risikovurderinger foretatt av prosjektgruppen i region Nord/Bodø Ungdomssenter (desember 2017), hentet fra deres egne dokumenter

I rapporten kan vi videre lese at "prosjektgruppene i de to regionene skal etablere et samarbeid som sikrer nødvendig erfaringsutveksling og at implementering og tilbud blir det samme i begge institusjoner." Vi finner tilsvarende formuleringer i rapporten fra Region sør. Som vi kommer tilbake til, virker imidlertid samarbeidet i praksis å ha vært mer begrenset enn det disse formuleringene kan gi inntrykk av. Ifølge intervjuene har de to institusjonene hatt noe kontakt, men samtidig fremkommer det at det ikke har vært så naturlig med tett samarbeid frem til nå, i og med at utgangspunktet de to stedene har vært så ulikt, med tanke på kompetanse, erfaring med den aktuelle metodikken, samt status når det gjaldt personal, omstilling og bygningsmessige forhold. Det blir spennende å se om det blir mer samarbeid fremover, spesielt rundt tjenestens faglige innhold, når det praktiske og organisatoriske i større grad har kommet på plass.

Om vi forsøker å sammenligne prosessen de to stedene, så kan det se ut til at man i Bodø har hatt bedre mulighet til å sette søkelys på det som handler om omstilling, forankring og samarbeid, fordi situasjonen når det gjelder ansatte, kompetanse og metodikk, har vært mer avklart enn i sør. De kjenner også helsetjenesten (BUP) godt, gjennom langvarig samarbeid. I sør har det vært behov for å gjennomføre tiltak på alle områder, ikke minst når det gjelder opplæring og kompetanseheving. I tillegg til at institusjonen i Bodø er vant til å jobbe med DBT, er det også flere ansatte her som blir med over i det nye tilbudet. I sør er situasjonen motsatt; ifølge status på intervjuetidspunktet var det få ansatte som var aktuelle for å bli med over i den nye institusjonen,

og behovet for opplæring og kompetanseheving har vært stort. Utfordringer knyttet til kompetanse, rekruttering og omstilling generelt synes dessuten å ha blitt forsterket av at endringsprosessen kom sent i gang i Region sør.

Om vi ser mer på det som har med planlegging og struktur å gjøre, så gir dokumentasjonen fra begge steder inntrykk av å være grundig og detaljert. Aktiviteter beskrives på en konkret måte, herunder hvem som er ansvarlig og når aktivitetene skal vært fullført. Samtidig er det viktig å huske på at disse dokumentene kun gir et innblikk i hva som har blitt gjennomført og hva som er planlagt gjennomført videre fremover – men ikke *hvordan* aktivitetene ble gjennomført, og med hvilken *kvalitet*. At aktiviteter er "kvittert ut" sier ingenting om måten de ble gjennomført på, og hva utbyttet ble for målgruppen (som i en slik prosess ofte vil være synonymt med de ansatte som skal jobbe i tjenesten). Dette må utforskes i en senere fase av følgeforskningen.

5 Resultater fra innledende intervju med ansatte ved pilotinstitusjonene og andre nøkkelpersoner

I denne delen presenterer vi noen funn fra de innledende intervjuene. Det er viktig å understreke at intervjuene er gjort i en tidlig fase i etableringen av de to første institusjonene. De gir dermed ikke noe utfyllende svar på hvordan tilbudet etter hvert vil se ut og fungere. Resultatene fra intervjuene presenteres under temaoverskrifter. Hensikten med å presentere resultater fra intervjuene er å gi et bilde på hvilke utfordringer institusjonene har støtt på, og vise hvilke avklaringer som må gjøres raskt for å sikre en god implementeringsprosess videre. I og med at dette er en første delrapport fra prosjektet, har vi vært opptatt av å få med de utfordringer og problemstillinger som har preget etableringsprosessen til nå.

5.1 Institusjonenes målgruppe

På spørsmål om hva informantene tenker om målgruppen for det nye tilbudet, var én tilbakemelding at institusjonene "ikke skal ut og finne nye barn og unge", men gi et bedre tilbud til barn og unge som allerede er kjent for barnevernet. Med dette forstår vi at målgruppen (med tilhørende kriterier) som beskrives i rapporten fra den nasjonale arbeidsgruppen, allerede er under barnevernets omsorg, eller i det minste er kjent for barnevernet. Ut ifra de første intervjuene, kom det fram at det ved en institusjon fantes en ungdom som kan være aktuell for det nye institusjonstilbudet. Utover dette må plassene fylles opp med barn og unge som per i dag bor andre steder. Hvem disse konkret blir var foreløpig ikke avklart på intervjutidspunktet.

Vårt syn er at det vil være en fordel med en tydeligere beskrivelse av målgruppen for institusjonene. Noe er lagt i prosjektgruppens beskrivelse, men det må likevel defineres lokalt av institusjonene. Blant annet må det vurderes om alle kriterier skal være oppfylt, eller om det er tilstrekkelig at noen kriterier er oppfylt. Videre må det vurderes om noen kriterier skal være mer relevante enn andre, og eventuelt ha forrang. Det må også vurderes om det er behov og utfordringer som kan være utfordrende å ivareta innenfor disse institusjonene, eksempelvis om det er noen ungdommer som har for store utfordringer. Dette må tydeliggjøres i føringene, men bør også være vurderinger som i stor grad gjøres knyttet til den *enkelte* ungdom, i samarbeid mellom institusjonen og NIT. Da bør det samtidig gjøres vurderinger av sammensetningen av ungdomsgruppa på den enkelte institusjon. Samtidig må det også tas hensyn til andre forhold, eksempelvis geografisk beliggenhet og avstand til hjemkommune.

Vi erfarte i intervjuene at det var uavklart hvordan inntaksstrukturen ved institusjonene skulle se ut, og hvordan inntak konkret skulle foregå. Rutiner for dette var noe begge institusjonene skulle jobbe videre med, og noe vi vil følge opp videre i vårt prosjekt.

5.2 Et tilbud av "igangsettende karakter" – ikke et "oppveksttilbud"

Et annet viktig spørsmål når det gjelder hvordan institusjonene skal være, er knyttet til hvor lenge ungdommene skal bo på institusjonene. Ved Bodø Ungdomssenter er det planlagt at ungdommene skal være der i ett år. De beskriver at det derfor er viktig å komme raskt i gang med kartleggingen, men også planleggingen av hva ungdommene skal etterpå. Den tiden ungdommene er hos dem skal brukes til behandling og de skal få god omsorg, samtidig som det også skal brukes tid på å planlegge fremtiden - altså hva som skal skje etter utflyttingen. For eksempel: Hvor skal ungdommen bo? Hvilken støtte er det behov for?

Ved Lunde behandlingssenter legger ledelsen vekt på at ungdommen allerede ved innflytting skal vite hva som er formålet med oppholdet. Oppholdet skal utformes etter et standardisert forløp, og ungdommen skal ha en plan som beskriver oppholdet. Dersom noe ikke går etter planen skal man skrive avvik. Informantene understreker også at det standardiserte forløpet skal være ungdommen sitt og ikke institusjonen sitt. Helt konkret når det gjelder oppholdstid, fremhever informantene behovet for fleksibilitet for å ivareta ungdommens behov: "Vi kan gjerne ha et mål om at opphold på institusjonen skal vare ett år, men hvis det ikke er riktig for barnet må barnets hensyn ivaretas." Beboernes behov må altså veie tyngre enn anbefalingene fra den nasjonale arbeidsgruppa.

I intervjuene ble det nevnt at pilotinstitusjonene ikke skal være "oppvekstinstitusjoner", som er ment å dekke alle livets behov og faser. Samtidig åpnes det altså for at lengre opphold kan bli aktuelt. Dette kan sies å være i tråd med det som sies i arbeidsgrupperapporten om at dette skal være tilbud av "igangsettende karakter". Slik vi ser det, må disse forsøkene på å "avgrense" tilbudet ses opp mot målsetningen for tilbudet, som handler om å utgjøre en trygg og helhetlig omsorgsbasis for unge med store psykiske helseproblemer. I fortsettelsen blir det blant annet viktig å være bevisst på hvilke konsekvenser kort oppholdstid kan ha, og kartlegge både positive og negative konsekvenser av en slik praksis. Det må også vurderes om man skal ha tydelige målsettinger for *tidsperspektivet* eller om man heller skal ha målsettinger som er mer knyttet til den enkelte ungdoms behov ved inntak og underveis. Noen relevante spørsmål kan være:

- Hvor raskt er det mulig og hensiktsmessig å gjennomføre kvalitativt gode kartlegginger?
- Kan tidlig søkelys på utflytting føre til stress hos ungdommene, eller bidrar det til større grad av forutsigbarhet?
- Mange av ungdommene som skal flytte inn i disse institusjonene vil ha opplevd gjentatte brudd i relasjoner, og relasjoner blir ofte sett på som grunnleggende for å utøve godt miljøterapeutisk arbeid. Kan tydelig avgrensning i tid ("igangsettende karakter") og mandat ("ikke oppvekstinstitusjoner") få konsekvenser for relasjonsbygging og/eller mulighet for endringsarbeid?
- Hvordan ivareta ungdommenes medvirkning når det gjelder lengden på oppholdet?

Et viktig funn i intervjuene er at institusjonene hadde et behov for å "avgrense" tilbudet, og markere at dette ikke blir et tilbud som kan løse alle utfordringer i den enkeltes liv – over ubegrenset med tid. Det ble understreket at de fortsatt vil være avhengig av godt samspill med aktører og miljøer utenfor institusjonen, selv om de to viktigste tjenestene, nemlig barnevern og psykisk helsevern, nå blir lokalisert i samme bygg. Ikke minst gjaldt dette behovet for å samarbeide tett og langsiktig med den enkelte kommune.

5.3 Helhetlige forløp – behov for tett samarbeid

I tråd med at informantene beskriver institusjonstilbudet som et tilbud av igangsettende karakter, ble viktigheten av gode og sømløse overganger med andre tiltak/tilbud understreket. Enkelte var opptatt av at dette er et tilbud som må være en del av en større helhet, spesielt med tanke på planer for oppfølging i etterkant. Det ble understreket at det er behov for en helhetlig plan rundt den enkelte, med spesiell vekt på det som skal skje etter institusjonsoppholdet. Informantene ga uttrykk for at det er viktig å følge en forløpstankegang, og kommunens rolle ble omtalt som spesielt viktig, gitt at disse vil ha en sentral rolle i tilbakeføringen av den unge til egen kommune. Informantene mente at institusjonene og kommunene må jobbe godt sammen, for å

sette de riktige langsiktige målene sammen, og for å lage et helhetlig opplegg rundt det enkelte barnet. Innspillet er viktig, fordi det synliggjør en oppfatning i institusjonene av at dette er noe de ikke kan klare alene. De er avhengig av et tett samarbeid med kommunene. Samtidig er det en "riktig" tilnærming, all den tid det er kommunene som har det overordnede ansvaret (daglig omsorg) for unge med 4-12-vedtak, og det er de som skal følge dem opp videre. Slik sett er det ingen tvil om at samarbeid mellom institusjon og kommune er veldig viktig – også med tanke på tilbudet som de nye institusjonene skal levere. Individuell plan (IP) er et verktøy for å koordinere hjelp og tjenester til personer som har sammensatte og langvarige behov. I intervjuene ble ikke bruk av IP tatt opp, men det vil være relevant å følge med på om noen av beboerne på institusjonene vil ha IP og hvordan det i tilfelle fungerer som et ledd i koordinering av tjenester.

5.4 Barnevern og helsetjeneste – integrert, men samtidig forskjellig

Selv om barnevern og psykisk helsevern skal samlokaliseres i de nye institusjonene og sammen skape et nytt tjenestetilbud, kan det lett bli en situasjon der de ansatte hovedsakelig vil representere *sine* tjenester. Det nye tilbudet vil først og fremst drives basert på barnevernslovgivningen, og vi ser flere situasjoner som kan bidra til å utfordre samarbeidet mellom barnevern og psykisk helsevern. Noen av disse ble tatt opp i intervjuene. Ett eksempel er situasjoner der den unge gir uttrykk for at han/hun ikke vil ha noe med psykisk helsevern å gjøre. Spørsmålet blir da hva man skal gjøre for å sikre at barnet blir "fysisk atskilt" fra ansatte som jobber med helse. Spesielt utfordrende vil det kunne bli dersom flere ungdommer gir uttrykk for slike ønsker. I den forbindelse ble det pekt på at bygningsareal og den fysiske utformingen av byggene (rominndeling etc.) har stor betydning for muligheten til å skjerme brukerne. Dette var et tema informantene var opptatt av, men som de på intervjuutidspunktet ikke hadde et klart svar på hvordan de skulle løse. I Region sør sto de midt i en byggeprosess, mens de i Region nord planla for en midlertidig periode i sine nåværende lokaler. De alvorligste konsekvensene av at ungdom *ikke* vil ha helsehjelp, handler imidlertid ikke om det bygningsmessige; det handler om at man kan ende opp med et tilbud som målgruppen kun vil ha deler av. En slik situasjon, der deler av tilbudet og den kompetansen som tilbys forblir "ubrukt", vil i så fall undergrave formålet med tjenesten. Hvilke inntakskriterier man ender opp med, og hvor motivert og mottakelig målgruppen er for helhetlig og tverrfaglig behandling, vil ha stor betydning for hvordan dette blir.

Om vi ser på fordelingen av bemanningen mellom barnevern og psykisk helsevern, ser vi at det er store forskjeller i antall årsverk mellom de to tjenestene. Mens det er planlagt rundt 27 årsverk innenfor barnevern de to stedene, er det planlagt kun to årsverk fra helsetjenesten, fordelt på fire 50-prosentstillinger. Et interessant spørsmål er om denne fordelingen vil ha noe å si for hvor balansert og jevnbyrdig tilbudet vil bli, med tanke på faglig innhold og de prioriteringer som gjøres. Hvordan blir utgangspunktet for å lage integrerte tjenester, når det fra helsesiden kun skal ansettes to psykiatere og to psykologer – begge i 50-prosentstillinger? Ligger det en signaleffekt i denne skjeve fordelingen som kan være uheldig, og som kan tenkes å prege de ansattes oppfatning av hvilken tjeneste som egentlig veier tyngst? Eller kan det ha motsatt effekt, i den forstand at helsesiden blir ekstra viktig å lytte til, siden de er så få? Forskning referert til i denne delrapporten har vist at kompetanse på helse uansett veier tungt, og det er viktig å ta med i en vurdering av styrkeforholdet mellom tjenestene.

Et annet tema informantene var opptatt av gjaldt bemanning og turnus. Det nye institusjonstilbudet vil kreve omfattende bemanning døgnet rundt. Spørsmålet er imidlertid i hvilken grad dette også skal omfatte helsepersonell, og ikke bare barnevernspersonell. Informantene påpekte at behovet for psykisk helsehjelp kan

oppstå til alle døgnets tider, og at det slik sett vil være viktig med døgnbemanning også av helsepersonell. Samtidig er det en stor begrensning at det kun vil være fire helseansatte å ta av. Temaet ble drøftet av flere av informantene som satt i den nasjonale arbeidsgruppa, og de fremhevet at det kan finnes mellomløsninger, der for eksempel ansatte i helse er tilgjengelig på telefonen. En slik tilnærming gir signaler i retning av at tilbudet er et barnevernstilbud som henter inn helsekompetanse, mer enn et fullstendig likestilt og integrert tilbud. I vårt videre arbeid vil vi følge med på hvordan dette løses og hvilke implikasjoner det får.

Et annet punkt knyttet til integrering av de to tjenestene gjaldt potensialet for uenigheter og samarbeidsutfordringer som kan oppstå som følge av ulike faglige perspektiver. Eksempelvis er barnevernet tydelige på at de ikke behandler, mens behandling er helsevesenets kjerneaktivitet. Er dette noe som på sikt kan forvanske samarbeid mellom barnevern og helsevesen? I tillegg kommer spørsmålet om hva psykisk helsevern og barnevern skal skape sammen i det nye tilbudet, og hvordan de skal klare å utnytte den brede fagkompetansen på en måte som er best mulig for dem som skal bo på institusjonene.

5.5 Metodikk: dialektisk atferdsterapi (DBT)

Det er besluttet at de nye institusjonene skal jobbe etter en dialektisk atferdsterapeutisk metodikk (DBT). Gjennom intervjuene fikk vi forståelse for at det var noe diskusjon om valg av metodisk tilnærming i den nasjonale arbeidsgruppa, uten at det kom til de store uenigheter. Det var to hovedretninger som ble utforsket som mulige metodikker: en mentaliseringsbasert tilnærming og dialektisk atferdsterapi. Det ble beskrevet som viktig å ta utgangspunkt i en felles forståelse av hva som kunne være løsningen, uten at noen av aktørene trengte å kjenne til detaljene i en modell/metodikk. Det er noe overraskende at valget av metodikk ser ut til å ha vært lite diskutert underveis i prosessen og at denne diskusjonen eventuelt ikke er tydeliggjort i prosjektrapporten fra den nasjonale gruppa. Det kommer frem i intervjuene at det relativt raskt ble enighet, men at noen i gruppa opplevde at DBT-modellen er veldig rigid og lite fleksibel. Det ser altså ikke ut til at det har vært gjort grundige vurderinger og/eller utredninger av hva som kan være den best egnede tilnærmingen for å møte de utfordringene som ungdommene i akkurat *denne* målgruppen har, før man har falt ned på valget om DBT som metodisk tilnærming. Dette er et valg som har store konsekvenser for hvordan tilbudet på institusjonene vil bli, og hva som vil være hovedfokuset i institusjonene.

Gjennom å velge DBT som metodisk tilnærming legges det til grunn av det skal være fokus på *behandling*, mens andre valg kunne ledet fokuset mer i retning av endringsarbeid gjennom miljøterapeutiske metoder og tilnærminger. Det ser ut til at noe av grunnen til at valget falt på DBT handler om at Bodø ungdomshjem har benyttet denne metoden med gode erfaringer, og de har allerede gjort en tilpasning av metoden til bruk på institusjonen. I tillegg argumenteres det for at "Den dialektiske miljøterapien kanskje var det vi klarte å holde tak i, begge parter", som en av informantene sa det. Altså begrunnes valget også i at DBT er en metodisk tilnærming kan være en metode som både barnevern og psykisk helse kan kjenne seg igjen i, og som kan ta inn begge disse to fagområdene. Dette kan være en viktig faktor for å lykkes med samskaping av et tjenestetilbud.

Det ligger utenfor vårt mandat å vurdere eventuelle andre tilnærminger, men i fortsettelsen av prosjektet vil det være relevant å se nærmere på hvordan denne metoden implementeres og benyttes på institusjonene, og hvordan dette oppleves av ungdommene som skal bo på institusjonene. Her vil det være viktig å være bevisst at det er en interessant forskjell mellom de to institusjonene. Ved Bodø Ungdomssenter har ansatte lenge jobbet

basert på DBT, mens ved Lunde Ungdomshjem har ikke de ansatte erfaring med DBT (i alle fall som ansatte ved Lunde Ungdomshjem). Informantene fra Lunde Ungdomshjem medga da også at det er en utfordring å få kvalifisert personale som har DBT under huden. På intervju tidspunktet var det ingen beboere på institusjonen, slik at det var ingen unge "å øve på, som det ble uttrykt." Informantene fortalte at de jobber med å lære opp personalet i modellen, og de vurderte om det er andre institusjoner de ansatte kan hospitere ved for å få øvd seg i praksis på å jobbe etter DBT-metodikk. Å sikre at personalet har god nok kompetanse i metodikken er sentralt for å sikre at de første ungdommene på Lunde ikke blir "prøvekaniner".

5.6 Etablering og implementering – status per oktober 2018

I det følgende presenterer vi noen stikkord som oppsummerer status for etablering og implementering av det nye tilbudet, per oktober 2018.

Bodø Ungdomssenter (BUS):

- Jobber allerede etter en fastlagt modell og et standardisert forløp.
- Jobber i stor grad på den måten som det nye institusjonstilbudet skal gjøre.
- Har bygget kompetanse på psykisk helseproblematikk over tid, samt utviklet et solid samarbeid med BUP ved Nordlandssykehuset.
- Ligger an til at mange av de som allerede er ansatt blir med over i det nye institusjonstilbudet.
- Situasjonen rundt bygg er ikke endelig avklart. Økonomi og manglende forankring (lenger opp i helseforetaket) beskrives som utfordringene.
- Vår observasjon: Bodø Ungdomssenter virker allerede å gjøre mye "riktig" (altså i tråd med forventningene fra Bufdir) når det gjelder metodikk og faglig tilnærming. Det at mange av de tidligere ansatte blir med over i det nye institusjonstilbudet gjør at de har en mer etablert ansatt-gruppe, som også har erfaring med DBT.

Lunde Ungdomshjem i Søgne:

- Institusjonen har måttet håndtere omstilling/videreføring parallelt med etableringen av et nytt tilbud – beskrives som en krevende prosess.
- Oppstarts- og etableringsfasen har frem til intervju tidspunktet vært preget av byggeaktivitet, samt stort behov for opplæring og kompetansebygging blant personalet.
- Opplever utfordringer knyttet til rekruttering (særlig enhetsleder), kompetansebygging og bygningsmessige forhold.
- Vår observasjon: Lunde Ungdomshjem har et helt annet utgangspunkt enn Bodø. Sen oppstart av omstillingsprosessen, kombinert med manglende erfaring med metodikken (DBT) fra tidligere, og behov for nyrekruttering av personale, førte til at svært mange aktiviteter skulle gjennomføres i løpet av høsten 2018 (og videre inn i 2019)

Andre erfaringer:

- Begge institusjoner beskriver en god dialog seg imellom nå i etableringsfasen, men den fremstår ikke som veldig tett.
- Representanter fra Bodø har vært på besøk i sør for å drive opplæring/innføring i den standardiserte modellen de skal jobbe etter.

- Bodø har et enklere utgangspunkt når det gjelder metodikk, ansatte og kompetanse (flere som blir med over i det nye tilbudet).
- Bufdir har vært opptatt av at de to pilotene skal gi et likt tilbud – men siden utgangspunktene er såpass ulike, må de må jobbe på forskjellige måter, og i ulikt tempo, for å komme dit.
- Begge bygg ble opprinnelig godkjent for en annen målgruppe, og ny målgruppe krever bygningsmessige tilpasninger. Lunde Ungdomshjem gjør en mer omfattende ombygging, hvilket kan gjøre at dette bygget blir mer velegnet for det nye tilbudet.

Vi noterte oss ellers at det i det ene intervjuet ble gitt tilbakemelding på at rapporten fra den nasjonale arbeidsgruppen er litt for overordnet, og for lite konkret på en del spørsmål. Når de samme personene skal intervjues senere, og har kommet lenger i implementeringsprosessen, vil vi få enda klarere svar på hvor nyttig rapporten har vært for institusjonenes arbeid med å få på plass og realisere det nye tverrfaglige tilbudet.

5.7 Hva er nytt i "det nye institusjonstilbudet"?

En viktig målsetning med det nye institusjonstilbudet er at det skal resultere i en tjeneste for målgruppen som barnevern og psykisk helsevern ikke er i stand til å levere hver for seg, eller gjennom et tradisjonelt samarbeid. Hele forskjellen er at det nå skal skapes en ny tjeneste, og det skal skje ved at ansatte fra barnevern og helsetjeneste skal jobbe sammen i det daglige, innenfor de samme veggene. Spørsmålet er hvordan "det nye" ved denne tjenesten vil merkes. Hva vil det nye handle om? Hva blir *egentlig* nytt med det nye institusjonstilbudet? I Bodø ga de uttrykk for at mye vil være kjent for dem fra før. Spesielt gjelder det bruk av DBT, som er en metodikk de bruker fra før. At mange ansatte blir med over i det nye tilbudet, gir også et mindre behov for kompetanseheving og opplæring enn ved institusjonen i sør. På spørsmål om hva det nye vil handle om, svarte de følgende; Det handler om endringer i arbeidskultur, at det skal jobbes annerledes og mer koordinert på tvers av profesjoner – og ikke minst at det kommer inn kompetanse på psykisk helse. Samlokaliseringen av barnevern og psykisk helse oppleves å være en av de største endringene med det nye tilbudet. Samlokaliseringen gjør at aktørene kommer tettere på hverandre, og det blir interessant å følge med på hvorvidt dette er viktig for å fremme en felles faglig forståelse og en felles kultur, og hvilken grad de klarer å utnytte de ulike kompetansene for å skape en best mulig tjeneste.

6 Bygg og ytre miljø

Fysiske omgivelser danner rammer som kan støtte aktiviteter, opplevelser, følelser, møter med andre mennesker, kontakt, trygghet og privatliv. Det fysiske miljøet legger også føringer for samhandling, organisering og omsorgskultur, og kan hemme eller fremme ønskede måter å jobbe på. De fysiske omgivelsene omfatter bygg, planløsning, materialvalg og møblering, og kan også fremme eller hemme pedagogiske intensjoner [15].

Det er en uttalt målsetning at omgivelsene i et slikt institusjonstilbud skal legge et grunnlag for at barna skal "føle seg hjemme" og oppleve at de blir ivaretatt, omsorgsfullt, kjærlig og respektfullt, slik at de kan utvikle en positiv identitet. Selv om en institusjon ikke er et hjem i tradisjonell forstand, skal den søke å etterleve kvaliteter som finnes i familien [16]. Det fysiske miljøet må samtidig være robust nok til å tåle hard bruk, slitasje og utagerende adferd. Dette krever omtanke i planleggingen i alle skalaer, fra lokalisering, konsept, materialbruk og til innredning.

6.1 Erfaringer fra planlegging og bruk av bygget

Våre vurderinger er basert på rapporten fra den nasjonale prosjektgruppen, deltakelse i intervjuer med ledelsen ved de to pilotinstitusjonene og besøk ved en av de to institusjonene; Bodø ungdomssenter. Videre har vi gått gjennom tegninger og utbedringsplaner.

Det finnes i dag ingen sentrale veiledende føringer på hvordan man bør bygge denne type tilbud. Det er definert som en institusjon, men skal samtidig ha mange kvaliteter som gjør at det skal oppleves som et hjem. I Husbankens veiviser⁶ er det anbefalinger knyttet til boliger for voksne med rus og psykiatrilidelser og for barneboliger. Ingen av disse er direkte dekkende for denne målgruppen.

Vi finner ikke noen klar skriftlig dokumentasjon i de to prosjektene på hva man ønsker at bygget skal støtte. Det er heller ikke uttrykt noen klar forståelse av at bygget kan være et viktig strategisk virkemiddel for å oppnå de mål man ønsker. I samtaler med aktørene får vi likevel mange erfaringer med de løsningene de har, og tanker om hva som bør endres. Det er ingen systematisk evaluering av dagens fysiske løsninger sett fra ansatte eller beboernes perspektiv, og heller ingen konkrete forslag til alternative måter å løse dette på. Vurderingene og forslag til tiltak er i hovedsak basert på den løsningen man har i dag. Ansatte ved institusjonene har vært aktive i å foreslå endringer.

For å få en bedre forståelse for de ulike betydningene bygget kan få, ser vi det som viktig at man systematiserer erfaringene med de ulike løsninger, og drøfter disse opp mot tydeligere utrykte mål. På den måten vil også konflikter og valg komme tydeligere frem. Spørsmål som skal fremme refleksjon rundt byggets betydning bør omfatte forhold som påvirker:

- organisering av tjenestene
- opplevelsen av tilbudet, sett fra barna og familienes perspektiv

⁶ <https://www.veiviseren.no/>

Fra intervjuene som er gjort kan vi trekke fram ett eksempel på hvordan visjoner med tilbudet (tett integrert tilbud) reflekteres i ansattes omtale av byggets beliggenhet. I Bodø argumenterer man for at tilbudet må ligge i nærhet til helsetjenesten (på sykehusområdet) til tross for at helsetjenesten jo nå nettopp skal ha tilhold inne i botilbudet. Videre drøftes det ikke hvilke andre konsekvenser en slik lokalisering har i forhold til opplevelsen av å være et hjem, og det å være en del av samfunnet.

I den videre prosessen kan disse refleksjonene og spørsmålene danne grunnlag for en diskusjon om målsettinger og virkemidler som kan være til hjelp for ledelsen ved de to pilotinstitusjonene og beslutningstakerne. SINTEF vil derfor i neste fase foreta en grundigere evaluering av de to tilbudene satt opp mot noen tydelige definerte mål. Dette gjøres ved også å bringe inn andres erfaringer og løsninger som kan bidra til å tenke mer åpent på hvordan et slikt tilbud kan være. Dette mener vi kan hjelpe til ved valg og ved etablering av nye tilbud.

Rapporten fra den nasjonale prosjektgruppen beskriver samarbeid og utveksling av arbeid med undervisningsopplegg, kultur og organisering mellom Lunde behandlingssenter, og den andre piloten; Bodø ungdomssenter.



Lunde behandlingssenter og Bodø ungdomssenter. Foto fra institusjonenes hjemmesider.

6.2 Beskrivelse av Lunde behandlingssenter og erfaringer

Grunnlag for innspill, spørsmål og kommentarer:

- Skypemøte 15.10.2018
- Rapportering fra Lunde behandlingssenter pr. 12.11.2018
- Tegninger: Riveplan og tilbudstegninger datert 18.05.2018.

Datagrunnlaget er litt begrenset for å gjøre en grundig vurdering av byggmessige forhold. Vi regner med at vi kan få et bedre grunnlag når vi skal besøke institusjonen på nyåret i 2019. Intervjuer med ansatte og beboere, vil være avgjørende i det videre arbeidet.

Enheten i Lunde er en av to piloter i Bufetat som skal bygges om for bedre å tilpasses målsettingen om å være en trygg base for ungdom som strever.



Mottatt tegnings- og bildemateriale fra Lunde behandlingssenter. Foto fra aktivitetsrom på Lunde er hentet fra Lunde behandlingssenter sin nettside. Riveplan oppe til venstre. Arkitekt: Rambøll Norge as

Slik vi forstår det skal Lunde behandlingssenter være et midlertidig "botilbud" med seks boenheter organisert i et bokollektiv. Det er tre ordinære boenheter med bad i hver av de to etasjene, samt en enhet tilgjengelig for rullestolbruker i begge etasjer. Måltider og aktiviteter skal foregå felles, primært i stue/kjøkken og i aktivitetsrommet. Riveplan og plan for ombygging (over) viser hva som gjøres for å tilpasse bygget til den nye organisasjonsstrukturen. Målet er en samarbeidskultur og nye visjoner for en bolig som skal "bidra til at barn med behov for omsorg utenfor hjemmet og psykisk helsehjelp, får samtidig hjelp fra barnevern og psykisk helsevern" (sitat fra utlysningsteksten).

Det framgår fra intervjuer, samt tegningsmateriale at det er uttrykt et behov for:

- Større kjøkken/oppholdsrom.
- Eget aktivitetsrom.
- Beholde et tydelig skille mellom boligdel og personaldel.
- Forsterking av noen vegger for å hindre lydgjennomgang.

Tegningene viser ombyggingstiltak som at kjøkken inngår i åpen løsning med stue og spiseplass, noe som gir rom for et eget aktivitetsrom. Videre omfatter ombyggingen at stuen åpnes litt mer opp; større vinduer, mer dagslys og større kontakt mellom ute og inne. Noen vegger forsterkes for å unngå lydgjennomgang.

Barn med store helseutfordringer må ofte forholde seg til mange mennesker. For å motvirke dette har man på Lunde forsøkt å beholde et skille mellom personaldel /inngang for personalet, og inngang til barnas boligdel. Dette for at barna ikke skal måtte forholde seg til alle som er i bygget.

Mandatet som er gitt omhandler omstilling/endring av både bygg og organisasjon. Målsettingen er å gi behandling og yte tiltak som er av igangsettende karakter i en trygg omsorgsbasis. Mål og tiltak er mange og er godt beskrevet, men vi savner en tydeligere visjon om hvordan man gjennom ombyggingen kan bidra til å støtte det man ønsker å oppnå. Dette gjelder både det organisatoriske, verdigrunnlaget og ønsket omsorgskultur. Dette er foreløpig lite tydelig beskrevet. Vi har derfor satt opp noen spørsmål, innspill og kommentarer til refleksjon knyttet til dette:

Hemmer eller fremmer bygget de organisasjonsmessige endringene?

1. Hvilke tanker har dere om hvordan det ferdigstilte bygget hemmer eller fremmer de målene dere har satt dere for virksomheten?
2. Institusjon versus hjem: refleksjoner rundt hva bygget signaliserer? Hva vil dere at det skal signalisere?
3. Dere nevner i tiltakslisten opplæringsprogram med ulike tema, en "to do"-liste rundt turnusordning og annet, der fokus er å bygge nære relasjoner til barna/ungdommene, ambisjoner for organisasjons-kultur og visjoner for framtidig kultur:
 - Hvordan støtter bygget nære relasjoner mellom barna/ungdommene og ansatte?
 - Hvordan støtter bygget nære relasjoner mellom barna/ungdommene?
 - Hvordan støtter bygget nære relasjoner mellom barna/ungdommene og besøkende familie og venner?
 - Skal bygget støtte relasjoner med andre barn/ungdommer i nabolaget?
 - Er det arealer dere savner, føler behov for; nye funksjoner, noe dere ikke har gjort før, som det ikke er egnede arealer for i f.eks. bygg?
 - Er det arealer dere trenger for å utøve annen praksis, endre mønstre?

Verdiståsted og ønsket kultur:

- Hvilke tanker har dere om byggets organisering, henvendelse, planløsning og atmosfære som kan hemme eller fremme samhandling og tillit?
- Barna og ungdommens liv utenfor institusjonen; skole, hjem, venner, familie (fosterfamilie/ biologisk familie – fosterhjem/biologisk hjem); hvordan ivaretas besøk og kontakt? Hva er intensjonen og hvilke tanker har man gjort seg om hvordan bygget skal tilrettelegge for dette?
- Sikkerhet og trygghet for beboerne: Hvilke bygningsfysiske eller organisatoriske tiltak er iverksatt for å forhindre ildspåsettelse eller ødeleggelse der beboerne kan skade seg selv og/eller andre?
- Tiltak for å unngå tagging, hærverk og annet skadeverk som påvirker bygget (og dermed beboerne): Materialbruk og rutiner ved begynnende forfall, tilløp til tagging osv.?

6.3 Beskrivelse av Bodø ungdomssenter

Grunnlag for innspill, spørsmål og kommentarer:

- Møte og befaring Bodø ungdomssenter 16.10.2018.
- Kravspesifikasjon midlertidig drift i Bodø Ungdomssenters eksisterende lokaler.
- Kravspesifikasjon nytt institusjonstilbud 10.10.2018.
- Planskisser til endring datert 26.04.2018 og 20.11.2017.

Institusjonen i Bodø har eksistert i ca. 20 år. Man opplever at bygget ikke er optimalt sett i lys av intensjoner og målgruppe. Beskrivelsen av ny målgruppe: evt. sammenlignet med før er ikke tydelig. Man har tro på ny lokalisering, men dette er ikke bestemt enda.

Argumentene for ny lokalisering er ønske om:

- nærhet til helsetjenesten
- nærhet til en liten nærskole.

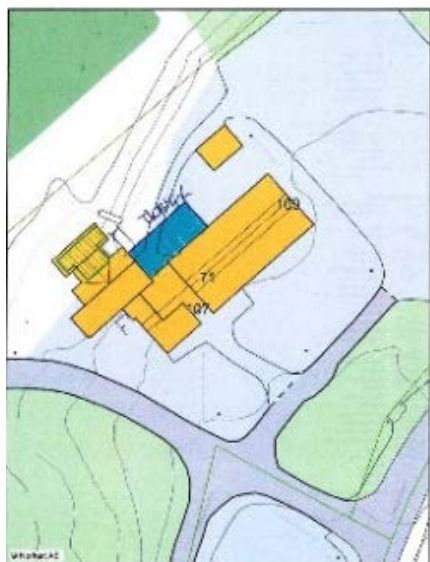
Institusjonen skal imidlertid være i eksisterende lokaler i to år til, og man er nødt til å foreta noen tilpasninger. Blant annet skal institusjonen organiseres i to avdelinger.



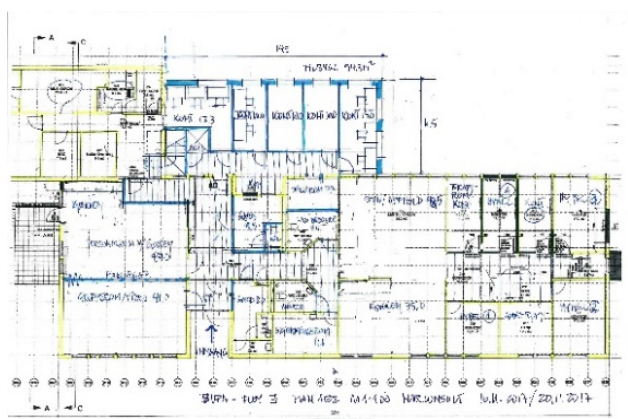
Bodø ungdomssenter. Foto fra institusjonens hjemmesider.

Det er utredet to alternativer for ombygging:

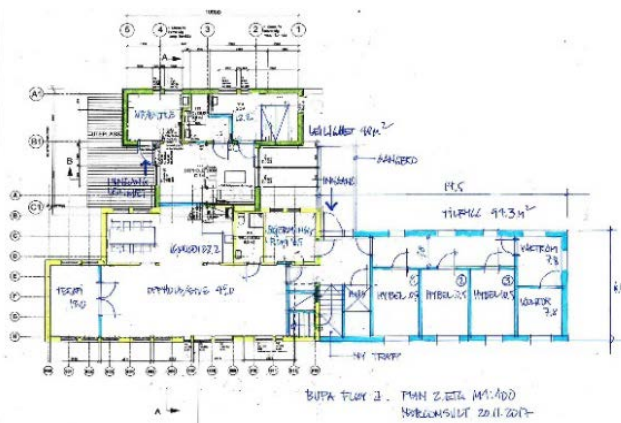
Versjon 1:



Situasjonsplan



Plan 1. etasje



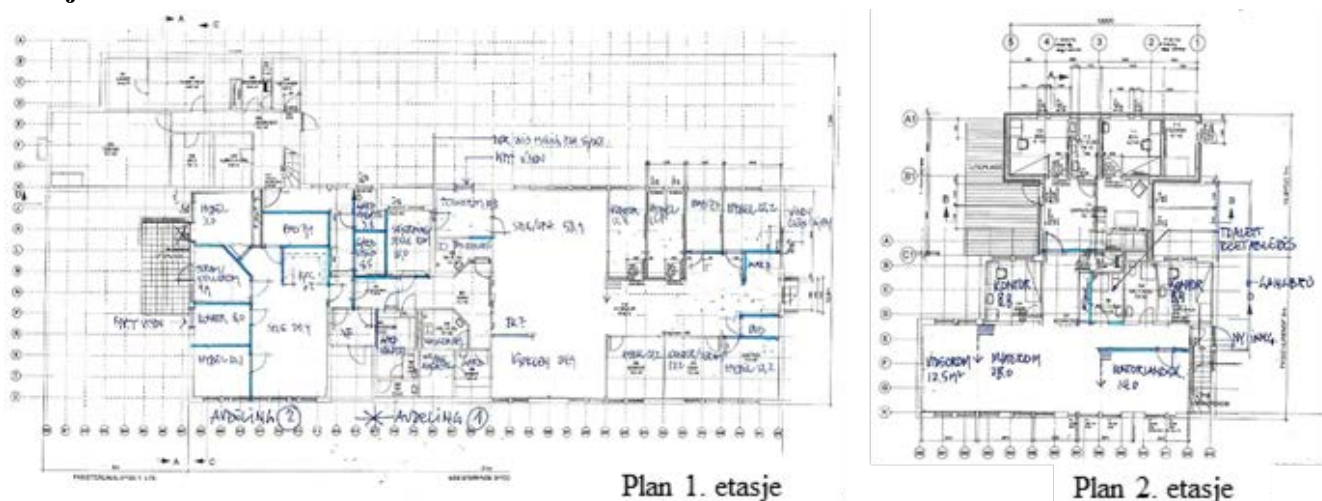
Plan 2. etasje

*Versjon 1. Mottatt tegninger fra Bodø ungdomssenter. Bilder er hentet fra deres nettside.
Arkitekt: Norconsult/Toft Arkitekter.*

Versjon 1, datert 20.11.2017 (Norconsult/ Toft Arkitekter) viser en hybelsone; fire boenheter med felles bad, vaktrom, kontorer mellom hyblene i første etasje, tre hybler i andre etasje og en leilighet med egen inngang. En kontorfløy er flyttet ut i et tilbygg, og en personaldel i en ekstern fløy. Denne versjonen ble for kostbar og er lagt på is.

Versjon 2 datert 26.04.2018 (Norconsult/ Toft Arkitekter) viser to avdelinger med hybler og fellesarealer samt kontorer i 1. etasje (4+2 hybler) og arealer for personale i 2. etasje.

Versjon 2:



Versjon 2 datert 26.04.2018. Mottatt tegninger fra Bodø ungdomssenter. Arkitekt: Norconsult/ Toft Arkitekter.

Fra Bufetat Region nords side er Bodø ungdomssenter (BUS) valgt som utgangspunkt for etablering av en ny integrert pilotinstitusjon. Dette på bakgrunn av langvarig kompetansebygging på psykisk helseproblematikk i personalgruppen ved BUS, og et veletablert og velfungerende samarbeid mellom BUS og BUPA i Bodø. Fra RHF's side er Nordlandssykehuset ved BUPA valgt som deltaker i pilotetableringen. Lokalene til BUS vurderes ikke å være hensiktsmessig på sikt for etablering av det nye institusjonstilbudet. Arealbehov og krav til utforming (funksjonsbeskrivelse) er ikke dekket i henhold til hvordan nasjonal gruppe beskriver kravene til utforming (Ref. kravspec. Drift BBS lokaler 101018. Olaf Jensen).

Bufetat nord og RHF/Nordlandssykehuset har hatt befaring i lokaliteter ved Nordlandssykehuset Rønvik. Bufetat nord anser en etablering av det nye tilbudet i egnede frittliggende lokaler, tidligere ungdomsavdelingen, i tilknytning til Nordlandssykehuset (Rønvik) som det beste utgangspunktet for nyetableringen av et nytt institusjonstilbud. Nordlandssykehuset har bekreftet at de er villig til å stille disse lokalene til rådighet som utleier til Bufetat nord. Det er utformet en kravspesifikasjon med gitte rammer i mandat opp mot realisering i angitte bygg. Per d.d. er det dialog med Nordlandssykehuset på hvordan en kan løse ombygging og utbygging av aktuelt bygg. Dersom det blir aktuelt å gå videre med den dialogen vil det være naturlig at vi inkluderes i prosessen, det vil si at vi får tilgang til eksisterende program, tegninger og planlagt ombygging.

Bodø ungdomssenter beskriver situasjonen i eksisterende bygg som uholdbar av flere årsaker:

- Generell utforming i forhold til varme, sprednett og telefonnett er dekket som midlertidig løsning, men i nybygg må dette være i henhold til dagens krav. Dette gjelder også nøkkelsystemer o.l.
- Tilgang til stillerom er ikke dekket.
- Med tanke på brann er bygget dekket i henhold til forskriften. Eventuelle mangler tas fortløpende gjennom internkontroller og utbedres etter avtale med huseier.
- Bygget er dekket til å ta inn ungdommer med fysiske funksjonshemninger, men kun i byggets ene avdeling.
- Krav til vaskerom er midlertidig dekket, men bør utformes med eget vaskerom i ny institusjon.

- Pr. i dag er ikke bygget dekket når det gjelder generell utforming av ungdommenes private rom og fellesarealer. Her vil ledelse og arbeidstakerrepresentant/verneombud arbeide sammen i AMU/IDF for å sikre ungdommenes og ansattes trygghet/sikkerhet og medvirkning. Det er nedsatt en egen gruppe der ungdommene medvirker når det gjelder utforming av ungdomsrom og fellesarealer.
- Som midlertidig løsning er kjøkken, med spisemuligheter dekket gjennom bruk av to rom. Ved nybygg bør dette gjøres slik kravspesifikasjonen beskriver.
- Personalrom er i dag ikke dekket med kjøkkenfunksjon, men har et lite tekjøkken som fyller delvis behovet. Ved nybygg må dette behovet dekkes fullt ut.
- Vaskerom/bod: Dette er ikke dekket i dag. Her må vi vurdere midlertidige løsninger som tørkeskap i egen bod.

Institusjon versus hjem: refleksjoner rundt byggets historie og hva bygget signaliserer

Bodø ungdomssenter er en vakker gammel bygning i et ærverdig strøk i Bodø, i gangavstand til Bodø sentrum, omgitt av andre boliger fra samme periode. Vi oppfordrer til refleksjon rundt hva man ønsker å oppnå ved den nye lokaliseringen. Videre at det settes tydeligere mål for hva man vil oppnå med ny lokalisering. En lokalisering ved sykehuset gjør at man vil være nærmere nødvendig fagkompetanse, men hvilke andre fordeler og ulemper kan det innebære med tanke på lokalisering?

Når vi studerer planene for ombygging av de midlertidige lokalene har vi følgende spørsmål, innspill og kommentarer til refleksjon knyttet til dette:

- Hvordan synes dere den planlagte ombyggingen hemmer eller fremmer de målene dere har, de tiltakene dere ønsker å iverksette?
- Er det arealer dere savner, føler behov for; nye funksjoner, noe dere ikke har gjort før, som det ikke er egnete arealer for i f.eks. bygg?

Verdiståsted og ønsket kultur:

1. Hva er det med det ombygde bygget; byggets organisering, henvendelse, planløsning og atmosfære som hemmer eller fremmer samhandling og tillit?
2. Er det behov for, og ønskelig å ha, vaktrom og kontorer i barnas/ungdommenes arealer?
3. Barna og ungdommenes liv utenfor institusjonen; skole, hjem, venner, familie (fosterfamilie/ biologisk familie – fosterhjem/biologisk hjem); hvordan ivaretas besøk og kontakt? Er bygget tilrettelagt for dette?
4. Sikkerhet og trygghet for beboerne: Hvilke bygningsfysiske eller organisatoriske tiltak er iverksatt for å forhindre ildspåsettelse eller ødeleggelser der beboerne kan skade seg selv og/eller andre? Dere beskriver at dette er dekket i midlertidig løsning, men vi ser at dette kan være en utfordring.
5. Nærheten til Bodø sentrum; fordeler og ulemper? På hvilke måter er det en fordel og på hvilke måter er det en ulempe?
6. En eventuell lokalisering nær sykehuset; hvilke fordeler og ulemper innebærer det?
7. Tiltak for å unngå tagging, hærverk og annet skadeverk som påvirker bygget (og dermed beboerne); Materialbruk og rutiner ved begynnende forfall, tilløp til tagging osv.?

6.4 Beskrivelse av andre forbilder

Når man skal planlegge for nye løsninger kan det være lurt å se til hva andre har gjort og hvilke erfaringer de har. Dette bidrar til å åpne opp mulighetsrommet samt gi grunnlag for å reflektere over hvilke løsninger som hemmer eller fremmer det man vil at bygget skal bidra til.

Både Bodø ungdomssenter og Lunde behandlingssenter viser til Kvæfjord ungdomssenter utenfor Harstad som et forbilde. De sier at årsaken til at dette oppleves som et godt sted å være er beliggenheten; fritt og åpent i naturen, nær havet.

Av bygningsmessige ting som trekkes fram er:

- Stor gymsal.
- Bygget er fleksibelt; naturlig å ha det åpent, men enkelt å dele av og skjerme ved behov.
- Rommene har innebygde skap, ikke dørklinker.
- Alle barna har utsikt til havet.
- De har godt samarbeid med nærskolen der barna går.



*Kvæfjord ungdomssenter sto ferdig i 2010. Bygningsmassen består av to avdelinger i et felles hus, atskilt familieavdeling med to leiligheter, et aktivitetshus med naust og verksted.
Bilder fra deres nettside.*

Det finnes andre forbilder i mer urbane strøk, som man også kan se til.

6.5 Oppsummering

Som det framgår av avsnittet om erfaringene med planleggingsprosessen av byggene, ser man at prosessen kunne vært langt mer strukturert. Vi tror at prosjektets neste fase kan bidra til dette. Et viktig skritt i dette arbeidet er å tydeliggjøre intensjoner og mål. Det handler om en beskrivelse av hvordan bygget tilrettelegger for et hverdagsliv rent praktisk, samt tanker om hva bygget skal signalisere og kommunisere til de som bor der og/eller kommer på besøk. Hva vil man at bygg og fysiske omgivelser skal gi av kvaliteter til barna og ungdommene som kommer for å bo her i en periode? Hva slags aktiviteter og hverdagsliv skal bygget legge til rette for? Videre er det også føringer som handler om en ny og samordnet tjeneste. Hvordan legger bygget til rette for samhandling mellom ansatte og de unge, og for samarbeid de ansatte seg imellom? Ved å tydeliggjøre intensjoner blir det også lettere å evaluere og systematisere erfaringene, samt å prioritere perspektiver og mål opp mot hverandre der det er konflikter.

Dette innebærer altså å:

- Tydeliggjøre de ulike målene som bygget skal støtte (prioritere).
- Systematisere ansattes erfaringer.
- Systematisere barnas erfaringer.

Gjennom å vurdere og se andre alternative løsninger, og drøfte disse opp mot de målene man har, åpnes mulighetsrommet. For andre som senere skal etablere tilsvarende tilbud vil dette arbeidet gi nyttige innspill. Hva som er visjoner og hva som vil være anbefalte løsninger, vil Bufdir kunne formidle sett i lys av målsettingene for tilbudet.

7 Oppsummering og refleksjoner

Behovet for tettere samhandling mellom barnevern og psykisk helsevern for unge med behov for bistand fra begge har gjennom en årrekke vært løftet frem i ulike dokumenter. Det fremgår at det er behov for et tverrfaglig og koordinert tilbud som ikke finnes i dag. Etableringen av det nye institusjonstilbudet i perioden 2018-2020 kan dermed ses som en konsekvens av en utredningsprosess som har pågått over flere år. Like tydelig er det at merverdien av det nye tilbudet vil være betinget av at barnevern og psykisk helsevern får til å skape en ny tjeneste sammen, og at man unngår at tjenestene bare fortsetter å jobbe og samarbeide som før.

Selv om noen dokumenter anbefaler opprettelsen av et nytt tverrfaglig institusjonstilbud, beskriver mange av de samme dokumentene også en del utfordringer knyttet til det å opprette et slikt tilbud. Dels handler dette om de utfordringer som vil oppstå når "to tjenester, to regelverk og to profesjoner" skal jobbe sammen og skape noe nytt, og ikke bare samarbeide som før. Juridiske utfordringer, ledelse og organisering trekkes også frem som antatt krevende områder. Dokumentgjennomgangen viser at advarslene har vært mange og at skepsisen har vært betydelig; det blir derfor spennende å se hvordan de antatt krevende samarbeidsområdene blir løst av de institusjonene som nå er under etablering. Et annet spørsmål er om det faglige grunnlaget som foreligger, gir konkrete nok føringer og anbefalinger nå når tilbudet skal etableres. Som vi kommer til om litt ga intervjuene med de to pilotinstitusjonene en del informasjon om det.

Hovedproblemstillingen i dette første deloppdraget var formulert slik: *Gi en vurdering av om grunnlaget for etablering av de to institusjonene er tilstrekkelige for å sikre en god implementering og påfølgende drift.* Siden dette er en første delrapport, basert på et begrenset datagrunnlag, er det vanskelig å svare utfyllende på det. Vi må også huske på at intervjuene ble gjennomført underveis i etableringsfasen. Det var derfor mange spørsmål som var uavklart ved de to institusjonene. Når implementeringen virkelig kommer i gang i 2019, vil vi få et bedre grunnlag for å vurdere om grunnlaget for etableringen og implementeringen (faglig, bemanningsmessig, organisatorisk, planlegging etc.) har vært god og forsvarlig. Det vi uansett har grunnlag for å si er at den faglige motivasjonen for etablering av det nye institusjonstilbudet virker å være velbegrunnet. Dokumentgjennomgangen viste at det foreligger mye dokumentasjon som peker på at dette er et tilbud det er behov for.

Videre oppsummerer vi kort svar på de to hovedproblemstillingene i denne første fasen. Vi kan tenke oss at den første problemstillingen henspiller på hvordan man "teoretisk" ser for seg at implementeringen skal bli, og at den andre henspiller på hvordan forberedelsene til implementering har foregått i praksis.

- Hvordan er implementeringsstrukturen i prosjektet organisert?

Pilotinstitusjonenes egne dokumenter og rapporteringer tyder på at etablerings- og implementeringsprosessen er godt organisert og planlagt begge steder, med beskrivelser av tiltak, aktiviteter og dato for gjennomføring etc. Spørsmålet er imidlertid om de to pilotinstitusjonene opplever at de anbefalinger og føringer som er gitt, spesielt gjennom arbeidsgrupperapporten fra september 2018, gir konkrete nok anvisninger nå når tilbudet skal etableres og virkeliggjøres. Det er interessant å merke seg at av de som jobber med å etablere det nye tilbudet i både Bodø og Søgne har flere også deltatt i den nasjonale arbeidsgruppa. Det betyr at de har inngående kjennskap til hva intensjonen er med tilbudet, og de har sågar vært med på å bestemme innretningen på tilbudet selv.

- Hvordan har forberedelsene til etablering av institusjonene vært organisert og gjennomført?

Dataene viser at begge institusjonene har jobbet (og jobber) med intern forankring og opplæring av ansatte. Særlig ser vi at det har vært mye av dette i sør (personalmøter etc.). Da vi gjorde datainnsamling var man fortsatt forholdsvis tidlig i en etableringsprosess, og hvordan planene som beskrevet i implementeringsstrukturen vil virkeliggjøres, vil vi først få god innsikt i når unge flytter inn på institusjonene og reelle samarbeidssituasjoner og behandlings-/omsorgssituasjoner finner sted. Noe av det som er interessant å se – og som vi vil følge nøye med på videre – er hvordan anbefalinger fra rapporten fra den nasjonale arbeidsgruppa møter "virkeligheten", og at det kan være krevende å etterleve anbefalingene. Vansker med rekruttering av personell med riktig bakgrunn, for eksempel enhetsleder i sør og psykiatere og psykologer. Et annet eksempel er forhold knyttet til bygg. I sør har det gjennom hele høsten foregått tilpasning av lokalene. I nord har man ønsket et annet bygg (nærmere BUP og Nordlandssykehuset), men endte opp med å leie nåværende bygg i to år til. Bundet av eksisterende bygg vil de nye institusjonene neppe bli optimale sett fra et byggfaglig ståsted.

8 Viktige fokusområder fremover

Vi avslutter med noen anbefalinger for hva det er spesielt viktig å sette søkelyset på i den videre implementeringen av det nye institusjonstilbudet. Anbefalingene er basert på det som er fremkommet så langt gjennom datainnsamlingen og er ment å gi institusjonene, samt Bufdir og Helsedirektoratet, et grunnlag for å følge opp den videre prosessen på en god måte. Felles for de fokusområdene vi har plukket ut, er at vi anser dem som kritiske for en vellykket implementering av tjenesten. Med dette mener vi en implementering som legger til rette for tidlig utredning av psykiske helseutfordringer og en mer helhetlig forståelse av ungdommenes situasjon og utfordringer.

1. Manglende involvering fra psykisk helsevern i forberedelsesfasen

Et av de viktigste funnene når det gjelder implementeringen så langt er at de forberedende aktivitetene i stor grad virker å ha skjedd i regi av barnevernet og med mindre involvering av helsetjenesten. Vi erkjenner at det kan være forskjeller mellom nord og sør på dette området. Den manglende involveringen gir oss grunn til å stille spørsmål hvor jevnbyrdig planleggingen av tilbudet er. For å oppnå et godt integrert tilbud er det avgjørende at fagpersonalet som skal utøve og realisere den valgte modellen, involveres tidlig. Spesielt synes dette å ha vært en utfordring for enheten i sør. En forklaring på at det har blitt slik er problemene institusjonene har opplevd knyttet til rekruttering av helsepersonell. Den største utfordringen med at de to tjenestene ikke har vært like involvert i en tidlig etableringsfase, er at det svekker muligheten til å bygge en felles kultur og utvikle et felles og samlende fagsyn fra en tidlig fase. Mange av de forberedende aktivitetene som beskrives, virker å ha vært mest rettet mot ansatte i barnevernet. Når målet er å bygge en ny integrert tjeneste på tvers av barnevern og psykisk helsevern, er det imidlertid kritisk viktig at begge tjenestene er engasjert og involvert fra starten av. *I tiden fremover er det derfor behov for å følge med på utviklingen av involveringen fra de to tjenestene, og hva eventuelt helsesiden gjør for å ta større eierskap til tjenesten og prosessen.*

2. Tradisjonelt samarbeid er ikke nok for å skape et nytt, integrert tilbud

Den avgjørende testen for det nye tilbudet er at det faktisk etableres en ny tjeneste, der ansatte med bakgrunn innen barnevern og psykisk helsevern jobber på en integrert og helhetlig måte. Å samarbeide på tvers av tjenestene er ikke nok – de skal skape en ny tjeneste sammen. Den nye tjenesten skal gi brukerne et tilbud som er bedre og mer helhetlig enn det barnevern og psykisk helsevern er i stand til å levere hver for seg. Når den ene enheten i sin rapportering skriver at det er et mål å "etablere lokale samarbeidsrutiner" med helse og å "sikre tydelige samarbeidsrutiner med avklaring av roller/ansvar og oppgaver", gir det grunn til å spørre om hvilken tjeneste de involverte egentlig ser for seg. Tenker man at dette skal bli en barnevernsinstitusjon som skal samarbeide med psykisk helsevern – eller ser de for seg en integrert tjeneste, som på en best mulig måte utnytter den tverrfaglige kompetansen som finnes i huset? Hvor stor er viljen og evnen til å skape et nytt tjenestetilbud? *Etter vårt syn er det fremover behov for mer forpliktende innsats for å styrke den felles faglige plattformen mellom helse og barnevern, samt intensivere arbeidet med å utvikle felles kultur, lagfølelse og fagkompetanse.*

3. Riktig kompetanse er en kritisk faktor

Riktig kompetanse er en nøkkelfaktor i det nye tilbudet. Målet er at kvalifiserte ansatte fra barnevern og psykisk helsevern skal jobbe tett sammen for å gi en målgruppe med alvorlige utfordringer den helhetlige hjelpen de trenger. Flere funn så langt gir imidlertid grunn til å sette søkelyset på hvordan kompetansen ved de to enhetene vil bli fremover. Vi har flere steder vært inne på de utfordringene enhetene så langt har opplevd

knyttet til å rekruttere helsepersonell. I tillegg har vi pekt på den svært skjeve fordelingen mellom ansatte fra barnevern (ca. 27 årsverk) og psykisk helsevern (to årsverk), målt i antall årsverk. Vi er opptatt av hva et slikt styrkeforhold vil ha å si for det faglige innholdet i tilbudet. For det tredje er det et poeng at barnevernsansatte hovedsakelig har miljøterapeutisk kompetanse [8], der fokuset er rettet mot å tilby et positivt sosialt miljø, gi omsorg og jobbe med grensesetting. Det de ikke er utdannet til, er å avdekke psykiske problemer eller drive med psykiatrisk behandling (ibid.). Når vi i tillegg vet at de nye institusjonene skal gi et tilbud til en svært tung målgruppe der psykiske helseproblemer er i kjernen, er det innlysende at de barnevernsansatte vil ha begrensede forutsetninger for å følge opp denne gruppen. Det er med andre ord helt avgjørende at kompetanse på psykisk helse er tilgjengelig – døgnet rundt. *I og med at helsekompetansen er så sentral i det nye tilbudet, er det viktig å innhente en oppdatert status for rekrutteringsløpet ved de to institusjonene, samt utfordre dem på hvordan de skal sikre et tverrfaglig og "jevnbyrdig" tilbud, når årsverksinnsatsen er så skjev.*

9 Referanser

1. May, C.R., et al., *Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory*. Implementation Science, 2009. 4(29).
2. Durlak, J.A. og E.P. DuPre, *Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation*. American Journal of Community Psychology, 2008. 41(3-4): s. 327-350.
3. Tjora, A.H., *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2 utg. 2012, Oslo: Gyldendal Akademisk
4. Barne- og likestillingsdepartementet, *Prop. 73 L (2016-2017). Endringer i barnevernloven (barnevernsreform)*. 2017, Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
5. Barne-, ungdoms og familiedirektoratet og Helsedirektoratet, *Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste. Rundskrivnr.: 21/2015. IS-11/2015*. 2015, Oslo: Barne-, ungdoms og familiedirektoratet og Helsedirektoratet.
6. Barne- og likestillingsdepartementet, *Ny barnevernslov - Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse. NOU 2016: 16*. 2016, Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
7. Barneombudet, *Grenseløs omsorg. Om bruk av tvang mot barn i barnevern og psykisk helsevern*. . 2015, Oslo: Barneombudet.
8. Kayed, N.S., et al., *Resulater fra forskningsprosjektet Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner*. 2015, Trondheim: NTNU, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge.
9. Kayed, N.S. og T. Jozefiak, *Ungdommer i barnevernsinstitusjoners erfaringer med bruk av fastlegeordning, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. 2015, Trondheim: NTNU, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge.
10. Lurie, J., *Erfaringer med etablering av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern. Rapport 5/2016*. 2016, Trondheim: NTNU Regionalt kunnskapssenter for barn og unge.
11. Barne-, ungdoms og familiedirektoratet og Helsedirektoratet, *Oppsummering og anbefalinger fra arbeidet med helsehjelp til barn i barnevernet – rapport fra en tverrfaglig arbeidsgruppe*. 2016, Oslo: Barne-, ungdoms og familiedirektoratet og Helsedirektoratet.
12. Ruud, T. og B. Weimand, *Prosjekt Helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner i Helse Sør-Øst. Evaluering av et prosjekt med tre pilotprosjekter og et forslag til en nasjonal modell for samhandling om bedre psykisk helsehjelp ved barnevernsinstitusjoner fra psykisk helsevern til barn og unge*. 2018, Lørenskog: Akershus Universitetssykehus.
13. Lurie, J., *Evaluering av "Akutten i Nord-Trøndelag" Rapport 8/2017*. 2017, Trondheim: NTNU Regionalt kunnskapssenter for barn og unge.
14. Barne-, ungdoms og familiedirektoratet og Helsedirektoratet, *Prosjekt Nytt Institusjonstilbud. Endelig prosjektrapport*. 2018, Oslo: Barne-, ungdoms og familiedirektoratet og Helsedirektoratet.
15. Krogstad, A., et al., *Rom for barnehage. Flerfaglige perspektiver på barnehagens fysiske miljø*. 2012, Trondheim: Fagbokforlaget.
16. Backe-Hansen, E., et al., *God omsorg i barneverninstitusjoner. NOVA-rapport 12/17*. 2017, Oslo: NOVA.



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no