

## Barneblikk i Møre og Romsdal



**Tidlig innsats for de minste med tverrfaglig innsats og felles eierskap**  
**Evaluering av et organisert samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste**  
**2016 - 2021**

Evalueringsrapport mai 2022

# Innhold

<b>0 - Sammendrag</b>	
<b>1 - Oppdrag - historikk</b>	<b>side 3</b>
Oppdragsbeskrivelse, målformuleringer og plan for evalueringen	
<b>2 - Beskrivelse av virksomheten</b>	<b>side 4</b>
2.1 - Mål for virksomheten	
2.2 - Spesifisering av oppdraget	
2.3 - Målgruppe	
2.4 - Organisering	
<b>3 - Analyse og vurderinger</b>	<b>side 8</b>
3.1 - Kunnskapsgrunnlag	
3.2 - Målbilde og måloppnåelse	
3.3 - Ressursgrunnlag	
3.4 - Modellen for Barneblikk-satsingen	
3.5 - Barneblikks fremtid	
<b>4. - Anbefalinger</b>	<b>side 17</b>
<b>5. - Vedlegg / referanser</b>	<b>side 19</b>
<b>6. – Høringsinstanser</b>	<b>side 20</b>

## 0. Sammendrag

Oppdraget ble gitt i 2015 og det er utviklet en tilnærming sammen med kommunene der sykehusene er lokalisert, og fra 2017 ble de første teamene etablert, og det har vært en jevn økning i familier som benytter seg av tilbudet. Status i 2021 er at 136 familier med i alt 417 familiemedlemmer er inne i tiltaket.

Tilbudet er fra mange hold godt mottatt – fra de deltagende kommunene, de som jobber i teamene, tilbakemelding fra familiene og fra dialoger i samhandlingsutvalg og foretak,

Evalueringen bekrefter at modellen som er valgt i stor grad treffer når det gjelder oppdraget – helhetlig familieperspektiv, tidlig inn, lavterskel, langsiktig, og brukermedvirkning. Videre synliggjøres gjennom tilbakemeldinger og erfaring fra driften sårbarheter knyttet til kontinuitet, kapasitet og robusthet. Dette er utdypet i rapportens kapitler 2 og 3.

Evalueringen er basert på dokumentasjon som beskriver tiltaket, utarbeidet i perioden 2015 – 2021. Dels fra eksterne kompetansemiljø/ressurser, dels fra tilbakemeldinger fra brukere og ansatte, og dels fra arbeid med mulighetsanalyse og statistikk.

Basert på dette arbeidet legges det frem et forslag om at satsingen Barneblikk videreutvikles, både med tanke på å redusere sårbarhet i organiseringen, ta vare på driftsmodellen som er etablert, og bredde virksomheten til å bli et tilbud for en større del av befolkningen i fylket.

## 1. Oppdrag - historikk

Barneblikksatsingen er Helse Møre og Romsdal sitt svar på oppdrag fra HOD (2015) om å etablere lavterskeltilbud til gravide og småbarnsfamilier med rus eller psykiske problemer. Resultatet er Barneblikk familieteam. Teamene er startet i samarbeid med vertskommunene til de fire sykehusene i fylket og består av ansatte fra helseforetaket og vertskommunene. Volda valgte å takke nei til satsingen, og det er etablert Barneblikk familieteam i Kristiansund, Molde, Ulstein og Ålesund. <sup>1</sup>

Sammen med kommunene ble det utviklet en modell for utprøving i fire kommuner. Modellen er forankret i samhandlingsavtaler, som ble inngått september 2019, gjeldende for 3 år. Driften evalueres etter tre år, erfaringer og forskning i avtaleperioden vil legge grunnlag for hvordan tilbudet skal være fra 2022. Et langsiktig mål var å etablere Barneblikk familieteam i 4 kommuner innen 2022, og senere bredde tilbudet til hele fylket. <sup>2</sup>

Barneblikksatsingen er organisert med lokale ledergrupper, som kvalitetssikrer tverrfaglig samhandling og oppbygging av Barneblikk familieteam, samt en styringsgruppe for forankring og overordnet styring. Satsingen omfatter også kommunikasjonsarbeid/web-sider, kompetanseheving, forskning og innovasjonsarbeid.

Midler til arbeidet ble fra 2016 lagt i basisramme, og koordinator for Barneblikksatsingen ble ansatt i 100 % stilling samme år. Det presiseres at arbeidet ikke er et prosjekt, men en del av vanlig drift.

Målet med lavterskeltilbudet BBF er:

---

<sup>1</sup> "Rapport med blikk tilbake i tid og inn i framtid" - Barneblikk rapport 2017 Mette Grytten

<sup>2</sup> Beslutningsgrunnlag frå 2015, Oppdragsbeskrivelse HMR juni 2016 og Samarbeidsavtale med kommunene 2019

- Fange opp familier som sliter med rus eller psykiske vansker, og hindre at barn tar skade av foreldrenes vansker.
- Gi tett og tilrettelagt oppfølging etter familienes behov.
- Barneblikk skal være i tillegg til, og noe annet enn andre tjenester

Målgruppa er familier med lettere/moderate vansker. Til forskjell fra andre tjenester skal BBF være et helhetlig familietilbud. BBF skal støtte familien, også når den tar imot oppfølging eller behandling fra andre instanser.

### **Plan for evaluering av tiltaket**

Etter drift av familieteamene i ca 3 år blir satsingen nå evaluert. Dette er i samsvar med opprinnelig plan, og skal gi beslutningsgrunnlag for videre utvikling.<sup>3</sup> Arbeidet er utført av arbeidsutvalg nedsatt fra styringsgruppen, og anbefaling kommer fram i denne rapporten, som etter behandling i styringsgruppe blir sendt tjenestevei til avtalepartene.

## **2. Beskrivelse av virksomheten**

### **2.1 Mål for virksomheten**

#### Visjon:

«Hindre at rus og psykiske vansker går ut over barnets utvikling og foreldrefungeringen»

#### Overordnet mål:

«Barneblikk familieteam skal i tilstrekkelig grad finnes i kommunene i M&R»

### **2.2 Spesifisering av oppdraget**

#### **a) Helhetlig familieperspektiv**

Når noen strever med rus eller psykiske vansker vil det påvirke familien og ulike livsområder.<sup>4</sup> Barneblikk familieteamene skal være et tilbud for hele familien og bistå på de livsområdene familien trenger. Funksjonssirkelen er obligatorisk verktøy som skal sikre en helhetlig oppfølging, den kartlegger foreldrenes fungering innen 10 livsområder. Den benyttes mest i Barneblikk familieteam Ulstein og ellers i varierende grad av enkeltpersoner. Når man får innsikt i familiens situasjon, blir oppfølgingen bedre tilpasset og mer effektiv.

#### **b) Tidlig innsats**

Rus- og psykiske vansker i familien utgjør en stor risiko for barn. Langvarige belastninger i hverdagen er like skadelig for barn som fysisk vold.<sup>5</sup> Det kan ta flere år før en forelder kommer til behandling for rus eller psykiske vansker. Men barna har ikke den tiden, barndommen er nå. Barneblikk familieteam skal bistå med indirekte tiltak til barna via foreldrenes strev. Tidlig innsats i Barneblikk familieteam betyr både tidlig i barnets liv og i familiens problemutvikling. Før problemene blir store vil ofte

<sup>3</sup> Plan for evaluering 2020-22

<sup>4</sup> Ref arbeid av Frid Hansen - Barn som lever med foreldres rusmisbruk. Oslo: Ad notam Gyldendal, 1994

<sup>5</sup> Ulrika Hakonsson - foredrag «Hold meg i ditt sinn mamma», Kliniske implikasjoner av sammenhengen mellom mentalisering og nevropsykologiske funksjoner.

mindre inngripende og kostbare tiltak være tilstrekkelig for familiene fordi familiene vil ha bedre kapasitet til å nyttiggjøre seg tiltakene.

For å avklare om Barneblikk familieteam er riktig tilbud til familien, benyttes 1-3 avklaringsamtaler.

### **c) Lavterskel tilbud**

Lavterskel tilbud innebærer å være lett tilgjengelig. Etter henvendelse skal kontakt med familien opprettes innen 48 timer. Hvert Barneblikk familieteam har egen kontakttelefon, brosjyrer og nettside informerer om telefonnummer, tilholdssted og hvem de ansatte er.

### **d) Langsiktig**

Familien kan ha kontakt med Barneblikk familieteam fra graviditeten og fram til barnet starter i skolen, til sammen 7 år. Rus og psykiske vansker varierer ofte i intensitet der familien kan ha bedre perioder. Dersom en familie opplever at tiltakene har ført til stabilitet og de ønsker en pause i kontakten, avtales det at kontaktpersonen kontakter dem om noen måneder for å høre hvordan det går. Den lange oppfølgingstiden vil fange opp variasjonene på et tidlig tidspunkt. Dette skal være et viktig sikkerhetsnett for barna.

### **e) Brukermedvirkning**

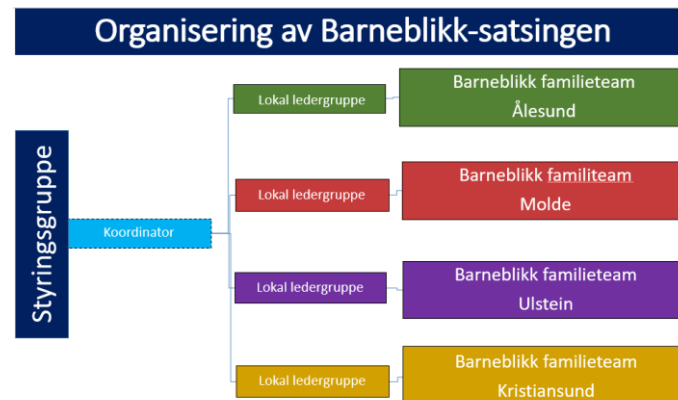
Brukermedvirkning i Barneblikk familieteam betyr at familien har stor selvbestemmelse på hva de trenger av hjelp, møtested og hvor mye kontakt de ønsker. Oppfølgingen baseres på spørsmålene: Hva er viktig for deg? Hva er viktig for barnet ditt? Hva er viktig for familien din?

## **2.3 Målgruppen**

Målgruppen for Barneblikk familieteamene er «Vordende foreldre og småbarnsfamilier som er berørt av rus eller psykiske vansker». *Dette innebærer at vanskene kan tilhøre barnets forelder, søsken, bonusfamilie, slekt eller andre nære personer.* Barneblikk familieteamene er ikke dimensjonert for å ivareta omfattende utfordringer i familiene og derfor begrenset til:

- a. familien venter et barn eller har et barn under 1 år (Barneblikk familieteam Ulstein har en prøveordning med inntak for familier med barn opp til 2 års alder)
- b. familien være berørt av rus eller psykiske vansker hos en eller begge foreldrene (nå eller tidligere) eller hos andre som har omsorgen for barnet
- c. vanskene til den voksne være i en tidlig fase eller være «lettere til moderat»
- d. det skal være få instanser i kontakt med familien

## 2.4 Organisering



a) Styringsgruppen er sammensatt av 1 kommunalsjef fra hver vertskommune, aktuelle klinikkjefer, barnekoordinator fra HMR, Statsforvalteren og to bruker/erfaringsrepresentanter. Styringsgruppen evaluerer årlig arbeidet sitt.

b) Lokal ledergruppe (for hvert Barneblikk familieteam) er ledet av lokal leder og består av ledere som har ansatte i teamet og skal sammen koordinere ressursene. Lokal ledergruppe har jevnlig møter i 3 av 4 lokalisasjoner.

c) Barneblikk familieteamene skal ha høy kompetanse på barn, voksne, rus- og psykiske vansker i familien, samtale og veiledning, kartlegging og symptomvurdering, tilgjengelige tilbud. Barneblikk familieteam skal ikke overta jobben til andre tjenester, men være et supplement.

Alle ansatte bidrar med sin spesifikke kompetanse i vurderingene rundt familien. Obligatoriske teammøter med saksdrøftinger er regnet som en viktig del av familiens oppfølging.

d) Koordinator - Helse Møre og Romsdal HF har ansatt koordinator for Barneblikk, forankret i Avdeling psykisk helse barn og unge. Koordinator organiserer, koordinerer og veileder driften i Barneblikk. Rapporterer til styringsgruppen.

Familieteamene - sammensetting / organisering (kilde: kartlegging 2021 Møreforskning)

Barneblikk familieteam	Ressurs kommune	Ressurs HMR	Befolkningsgrunnlag	Antall familier 2021	Antall personer 2021	Inntak
<b>Kristiansund</b> Psyk.sykepleier Sosionom Barnefysioterapeut	2x 50 %	2 x 25 %	24.002	18	86	Samarbeid mlm PHBU og TVH
<b>Molde</b> Sosionom Jordmor Psyk.sykepleier Familieterapeut Psykologspesialist	3x 50 %	2 x 25 %	32.014	71	160	Drøfting og rekrutt.møter med helsestasj.
<b>Ulstein</b> Helsesykepleier Sosionom Fam terapeut Psyk. sykepleier	2x 50 %	2 x 25 %	8.539	12	41	Drøfting og rekrutt.møter med Trygg Start
<b>Ålesund</b> Utlyst stilling Sosionom Sykepleier	1x 100 %	2 x 25 %	66.918	35	127	Eget inntak
			<b>131.473</b>	<b>136</b>	<b>417</b>	

Tabell nr 1

Barneblikk familieteam	Oppstart med familier	Eksternt tilskudd til kommune	Lokalisering	Lokal leder	Arbeidssted fagansvarlig
<b>Kristiansund</b>	Sept 2020	Søkt Statsforvalter	Sammen med helsestasjon	Avdelingsleder for avdeling Barn og Familie	Psykisk helse-tjeneste
<b>Molde</b>	Årsskifte 2018/19	Søkt Statsforvalter i 4 år	Eget lokale ved Molde helsestasjon	Leder for helsestasjonen	Helsestasjonen
<b>Ulstein</b>	Okt 2020	Søkt Statsforvalter	Sammen med helsestasjon	Ledende helsesykepleier	Psykisk helse-tjeneste
<b>Ålesund</b>	Årsskifte 2018/19	Søkt Statsforvalter	Sammen med Familiestøttende tjeneste	Avdelingsleder tiltaksavdelingen Familiestøttende tjeneste	Familie-støttende tjeneste

Tabell nr 2

## 3. Analyse og vurderinger

### 3.1 Kunnskapsgrunnlag

Vedlagt rapporten finnes et kort kunnskapsgrunnlag med vurdert betydning for arbeidet med Barneblikk. Her finnes kunnskapsoppsummering fra Folkehelseinstituttet basert på nyere forskning på området, utdrag fra relevant retningslinje og veileder, stortingsmelding og regjeringsstrategi.<sup>6</sup>

Et foreldreskap er et prosjekt som varer livet ut. Barn trenger kjærlighet fra trygge foreldre, som gir barna sine aksept, sørger for at barna får aldersadekvat ansvar og støtter barnas utvikling og valg (Meld. St. 24, (2015-2016)).

Barn og unges psykiske helse – en kunnskapsoppsummering fra Folkehelseinstituttet (2018) skriver at på ett eller flere tidspunkt i livet, vil et stort antall barn og unge erfare å ha en psykisk lidelse. For noen vil dette være en kortvarig erfaring, for andre vil det være en langvarig opplevelse som de tar med seg inn i voksenlivet. En viktig ressurs i livet vårt som påvirker oppvekst, utdanning og voksenlivet, er vår psykiske helse (s. 7).

Regjeringen vil at barn og unge skal være sikret en god oppvekst gjennom lovverket vi har, og sørge for at barna får nødvendig tjenestetilbud og tidlig hjelp til de familiene som sliter (Meld. St. 24, (2015-2016), s. 9). Desto yngre vi er, jo mer avhengig er vi av våre omsorgspersoner. Kvaliteten på samspillet med barnet og omsorgsgiverne er avgjørende. Barnets utvikling skjer i tett samspill med omsorgsgiverne (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 17-18).

Et barn som blir utsatt for eksponering av risikoforhold kan få langvarige problemer med psykisk helse. Dette kan også gå utover barnets kognitive og emosjonelle utvikling. Det er gjort omfattende forskning både teoretiske og empiriske studier som viser hva som er det viktigste for å fremme barns og unges psykiske helse. Det er flere faktorer som spiller inn. Likevel er det en stor enighet om at en av disse viktige faktorene, er barnets oppvekstvilkår (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 18).

Det er et svik å la barn som har det vanskelig i familien bli overlatt til seg selv. Det er ikke uten grunn at Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler foreldrestøtte som en av de viktigste virkemidlene for å bekjempe vold, overgrep og omsorgssvikt. Foreldrestøtte kan spare familier for lidelser, styrke oppvekstvilkårene for barn og ungdom, og legge til rette for langvarige positive virkninger for samfunnet. For regjeringen er det viktig at alle foreldre som trenger det, får god informasjon og riktig hjelp. Alle foreldre skal vite hvor de kan henvende seg (Regjeringens strategi for foreldrestøtte (2018-2021) s. 5).

### 3.2 Målbilde og måloppnåelse

Beslutningsgrunnlaget fra 2015 fastslår at det i Møre og Romsdal skal etableres eller videreutvikles lavterskeltilbud til gravide og småbarnsforeldre med rus og/eller psykiske problemer. Lavterskeltilbudene fikk navnet Barneblikk familieteam. Tverrfaglig prosessgruppe har utarbeidet modellen for Barneblikk familieteamene basert på vurderte behov i fylket.

Signert avtale (2019) mellom vertskommunene og Helse Møre og Romsdal sikrer eierskap og samarbeid om Barneblikk familieteamene. Avtalen skulle sikre "utvikling og drift av et forsvarlig lavterskeltilbud i Møre og Romsdal til målgruppen", og skal fornyes september 2022,

---

<sup>6</sup> Kunnskapsoppsummering, vedlegg til rapporten.



Under vurderer vi oppbygging og drift av Barneblikk-satsingen i lys av målsettinger som ligger i oppdraget og erfaringer vi har gjort oss så langt.

### 3.2.1 Mål om helhetlig familieperspektiv til familier som ikke har annet tilbud

«Det er godt å ha noen å snakke med» (nybakt pappa)



Oppdraget fra HOD (2014) stilte krav om helhetlig og tverrfaglig tilbud til målgruppen.

- a. Kartlegging i 2017 viser mangelfull kommunikasjon mellom barne- og voksentjenester, og mellom kommunenivå og spesialisthelsetjeneste. Tjenestene kjente lite til opplysninger som andre tjenester avdekket om barnets oppvekstvilkår, og få instanser kjente totalbildet av barnets hverdag.

Helsestasjonene (inkl. jordmortjenesten) har fast oppfølgingsprogram, og rekker ofte ikke oppfølging utover mor-barn. Far blir invitert med dersom mor ønsker det. Andre familiemedlemmer er sjelden involvert. Det er også få henvisninger om spebarn til BUP.

I 2021 hadde Barneblikk familieteam oppfølging på 136 barn under 1 år, inkludert familiene deres. Dette tyder på at Barneblikk familieteam når en målgruppe som ikke har annet tilbud.

- b. Kartlegging av driften i 2021 at mor med psykiske vansker er oftest årsaken til henvendelsene. I løpet av oppfølgingen har man ofte avdekket egne behov hos barnefar, f.eks. utfordringer med egne tilstander, i rollen som far, pårørenderolle og partner, økonomi eller andre områder som påvirker hverdagen. De fleste familieteamene klarer å inkludere både mor og far i oppfølgingen, mens andre opplever at noen foreldre ikke ser behovet for å involvere partner og søsken. For å sikre det helhetlige familieperspektivet i Barneblikk familieteam har det vært diskusjon om mor da bør få oppfølgingen på helsestasjonen isteden. Det er målsetting om å fange opp flere fedre og nære familiemedlemmer som strever uten at mor gjør det.
- c. Noen faginstanser har ytret ønske om å utvide inntakskriteriet i Barneblikk familieteamene til alle barn under skolealder, andre ønsker å utvide målgruppen til familier med somatiske utfordringer. Bakgrunnen er at mange familier vil ha nytte av systemiske tilnærming i oppfølgingen sin, men familieteamene er ikke dimensjonert for slik utvidelse. Erfaringer fra andre generelle tilbud viser at tema som rus og psykiske helse mister fokus i konkurranse med fysisk helse. Kompetansen på psykisk helse og rus må opprettholdes i Barneblikk familieteamene.
- d. Barneblikk familieteamene tilbyr tverrfaglig oppfølging til familiene. Hvert team er sammensatt for å ivareta hele familien og hver ansatt har sin spesielle rolle og benytter sin kompetanse i vurderingene rundt familiene. I SWOT-analyse 2021 kom det fram at ansatte er svært tilfredse med den tverrfaglige sammensetningen av teamene og mener nettopp dette gir betydelig nytteverdi for familiene.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> SWOT-analyse gjennomført okt 2021 sammen med representanter fra familieteamene og brukerrepresentanter.

Anbefaling:

1. Barneblikk bør rendyrkes som familietilbud, inkludert par som venter barn
2. Fagområdene i Barneblikk familieteamene bør ikke utvides med somatiske vansker på dette tidspunktet.

### 3.2.2 Mål om Tidlig innsats - hjelp før vanskene går ut over foreldrefungering og barnets utvikling

«Vi skulle gjerne fått tilbudet når vi fikk førstemann»  
(mamma)



Kunnskap underbygger viktigheten av tidlig innsats for familier, ref. vedlegg om kunnskapsgrunnlag og Heckmans kurve.<sup>8</sup>

Kravet om lettere til moderate vansker hos familien i Barneblikk familieteamene er utfordrende siden tjenestene samlet sett har stor pågang fra familier med omfattende problemer. Alvorlighetsgraden i henvisninger øker både i kommunene, barne- og ungdomspsykiatri og voksenalderpsykiatri.

Samtidig er kravet om tidlig innsats sentralt for å handle på risiko og gi tidlig oppfølging. Kartleggingen i 2017 viste at det er vanskelig å fange opp barn og familier tidlig nok, og at lettere vansker blir sjelden prioritert i tjenestene. Barneblikk familieteamene har krav om tidlig innsats og er et tilbud til familier som ikke blir prioritert til andre tilbud.

Utfordringer og strev knyttet til rus og psykiske vansker kan påvirkes av ulike faktorer og livsfaser, men variasjonene fanges raskt opp av Barneblikk familieteamene. Derfor kan mindre inngripende tiltak iverksettes.

Noen av familiene som ble rekruttert inn ved oppstarten hadde omfattende oppfølgingsbehov og beslaglegger fortsatt store ressurser på bekostning av den egentlige målgruppen. Barneblikk familieteamene er i dag ikke dimensjonert for omfattende oppfølgingsbehov og alvorlige diagnosetilstander hos en eller flere familiemedlemmer. Det er derfor viktig at varige alvorlige tilstander avdekkes før oppstart og løses til tjenester med mandat for dette.

Anbefaling:

1. Barneblikk familieteamene bør beholde målgruppen om lettere og moderate vansker og gjøre grundige avklaringer før oppstart ved hjelp av Funksjonssirkelen.

<sup>8</sup> Se vedlagt kunnskapsgrunnlag. Heckmans kurve - "Economic impact of investing in early childhood learning" Prof. James Heckman Nobelprisen i økonomi 2000

### 3.2.3 Mål om lavterskel tilbud

«Vi har et tett samarbeid med helsestasjonen.  
Helsestasjonen ser på oss som si forlenga arm» (BBF)



Et av kriteriene for lavterskeltilbud er lett tilgjengelighet. Brukerrepresentantene i Barneblikk har ønsket et drop-in tilbud, men avtale og forutsigbare konsultasjoner ble prioritert. Drop-in ønskes som et tillegg, men det har så langt ikke vært kapasitet. Barneblikk familieteamene har ordinær åpningstid 08.00 – 15.30, og noe tilpasning etter behov. Etter hvert som foreldre starter i jobb etter barselpermisjon, er det flere forespørsler om konsultasjon på ettermiddagstid. Personalet har noen ganger vært fleksible på dette.

Det er etablert kontakttelefon på hvert Barneblikk familieteam som er betjent av fagansvarlig. Henvendelser på kontakttelefonen blir stort sett besvart samme dag eller neste arbeidsdag. Erfaringene er at foreldre som ønsker kontakt, ofte er svært fortvilet og rask kontakt har redusert risikoen for alvorlige hendelser. Begrenset bemanning grunnet sykmelding, ferie, utdanning eller annet fravær, var betydelige utfordringer for lavterskelkravet i 2021. Et av teamene har likevel ytret ønske om å fjerne lavterskelkravet fra mandatet, og innføre ventetid.

Brukere og erfaringsrepresentanter i Barneblikk-satsingen er spesielt opptatt av å ivareta lavterskeltilbudet og noen å snakke med når man trenger det. Stor pågang viser tydelig behov for tilbudet, men utfordrer kravet om rask kontakt og hyppig oppfølging.

#### Anbefaling:

1. Familier har etterspurt kontakttid på ettermiddag. Barneblikk familieteamene bør tilrettelegge for det.
2. Partene må sikre tilstrekkelig bemanning i Barneblikk familieteamene til å opprettholde et lavterskeltilbud.

### 3.2.4 Mål om høy grad av brukermedvirkning

Brukermedvirkning forstås både på individnivå og systemnivå.

#### a) Individnivå i Barneblikk familieteamene

I den konkrete oppfølgingen er det familien som bestemmer - hva, hvor og når. Familieteamene skal avklare hva familien selv opplever som utfordrende. Tre spørsmål er sentrale:

- Hva er viktig for deg?
- Hva er viktig for barnet ditt?
- Hva er viktig for dere som familie?

Familie medlemmer kan ha ulike oppfatninger av dette, men desto viktigere å avklare.

Funksjonssirkelen er et sentralt verktøy for å involvere familie medlemmer i oppfølgingen. De ansatte

drøfter familiens problemstillinger i teammøter og hjelper hverandre med å ivareta hele familiens behov.

#### b) Systemnivå i Barneblikk

- i faste verv, med opplæring i rollen.
- nesten alle med personlige erfaring knyttet til rus eller psykiske utfordringer.
- har egne samlinger og deltar i utvikling av plandokumenter.
- rettigheter med honorar etter gjeldende satser, og krav om å bidra i forum de er hyret inn i.

Enkelte brukerrepresentanter opplever at de har lite å bidra med i de faglige diskusjonene, mens fagpersonene opplever stor lærdom av å høre deres erfaringer i ulike situasjoner.

#### Anbefaling:

1. Brukerstyrt oppfølging bør fortsette i BBF.
2. Opplæringen til brukerrepresentanter bør skje årlig, med avklaring av gjensidige forventninger, plikter og rettigheter.
3. Egne samlinger for og med brukerrepresentantene, som de selv organiserer

#### 3.2.5 Mål om felles eierskap og samarbeid om tverrfaglig oppfølging

«Det er veldig godt med det gode samarbeidet med dere i Barneblikk familieteam» (psykolog)



Barneblikk-modellen baseres på et felles eierskap av Barneblikk familieteamene og forutsetter bemanning fra både helseforetak og vertskommuner. Modellen krever solid forankring i flere lederledd. Utskifting av ledere kan være en risiko for forankring av samarbeidet.

- De fleste ansatte har delt stilling mellom Barneblikk familieteam og annen tjeneste, for eksempel 50 % i tilbudet og 50% i psykiske helsetjeneste.
- I tillegg innebærer modellen at stillingsandelene fra kommunen og helseforetaket er fordelt mellom barne- og voksentjenestene.

Dette gir et sterkt fagmiljø som avdekker vansker tidlig, med kompetanse til å ivareta hele familien innen ulike livsområder. Mulighetsanalysen (SWOT 2021) viste at ansatte mente sammensetningen både hadde god forebyggende effekt og høy læringsverdi, noe som gir høy motivasjonsfaktor.

Delte stillinger førte også til bedre samarbeid når familiemedlemmer trengte oppfølging fra flere instanser. 3 av 4 familieteam hadde slik sammensetning, mens i ett av teamene var hele den kommunale stillingsandelen lagt til én person i en barnetjeneste. Her manglet man viktig kontakt inn i kommunal voksentjeneste, og den ansatte ble ofte alene i den kliniske oppfølgingen av familiene.

Erfaringene viste at stilling på minimum 50 % styrker det tverrfaglig samarbeidet og har bedre effekt.

#### Anbefaling:

1. Stillingsandelene bør være på 50% eller større i de største Barneblikk familieteamene, og minimum 40% i de minste lokalisasjonene.

### 3.3 Ressursgrunnlag

#### 3.3.1 Økonomi

Utover stillingsandeler i familieteamene bidrar Helse Møre og Romsdal årlig med 1.45 MNOK til koordinering, brukermedvirkning, fagutvikling, kompetanseheving og markedsføring.

- a) Brukermedvirkning: 2-8 brukerrepresentanter har deltatt. Utgifter til honorar, reise og møtekostnader.
  - b) Kompetanseheving til ansatte og andre involverte i Barneblikk satsingen. Fagutvikling gjennom arrangement for samarbeidsparter.
  - c) Informasjon/kommunikasjon: nettside, design, brosjyrer, informasjonsmateriell.
  - d) Innkjøp: Barneblikk satsingen (HMR) har blant annet bidratt med innkjøp av utstyr til Barneblikk-rommene, kontormøbler, datautstyr og telefoner, mens kommunen har stått for lokaliteter, strøm og daglig drift av tilbudet.
  - e) Forskning: I to omganger er det hyret inn forskningsmiljø som har utredet svar på konkrete problemstillinger.
1. Koordinatorressurs for Barneblikk-satsingen er lønnet av driftsmidlene.

Driftsmidler kommer fra sentrale bevilgning til arbeid med Barn som pårørende. De bidro til at man kunne bygge Barneblikk som en merkevare, med egne illustrasjoner og produkter til markedsføring.

#### 3.3.2 Personell i Barneblikk familieteamene

«Jeg har en venninne som har fått så god hjelp, og tenker at kanskje vi også kan få hjelp» (mamma)



- a) Personalressurser: vertskommunene bidrar med 100 % stilling, Molde kommune med 150%. HMR bidrar med 50% i hvert Barneblikk familieteam, jf. 3.2 a). Stillingsandelene skal være delt mellom voksen- og barnetjenestene. Enkelte voksentjenester opplevde Barneblikk familieteamene som et tilbud til barna og dermed barnetjenestene sin oppgave.

Bemanning i Barneblikk familieteamene ble fra starten foreslått av prosessgruppene med tanke på justering etter behov. På grunn av høy pågang økte ett av teamene bemanningen med 50 % stilling allerede etter to års drift der kommunal psykisk helsetjeneste overførte ekstra ressurser til tilbudet. De to nyeste teamene er fortsatt i startfasen og har tilhold i vertskommuner med noe mindre befolkningsgrunnlag og har foreløpig overkommelig kapasitet. Disse to vertskommunene har også tverrfaglige helsestasjoner som ivaretar mor-barn med belastende livssituasjoner.

Barneblikk familieteamene har hatt jevn økning av henvendelser, særlig fra helsestasjonene. I tillegg har kommunesammenslåing bidratt til større nedslagsfelt for to av Barneblikk familieteamene, det innebærer flere familier og mer reisetid ved hjemmebesøk. Siden

bemanningen ikke var dimensjonert for dette, blir kravet om lavterskel og helhetlig oppfølging utfordret.

- b) Vikarordning: Barneblikk familieteamene er sammensatt med ulik kompetanse for å bistå hele familien. Ingen rutine for vikar eller annen kompensering ved fravær. Dette gjør oppfølging til familiene sårbar, noe som har medført at familier plutselig har stått uten tilbud i perioder.
- c) Ansatte opplever i tillegg ulike vikarordninger som krevende. Det er utfordrende å gå inn i kortvarige vikariat (1-2 mnd.) i et tilbud med annen tilnærming enn andre tjenester. Samtidig er det krevende for det etablerte teamet med opplæring og tilpassing til en midlertidig kollega. I tillegg opplever familiene det krevende å bytte kontaktpersoner.
- d) Stillingsstørrelse: Erfaringer så langt viser at stillings under 50 % ikke kan ivareta lavterskelkravet om tilgjengelighet og kontakt innen 48 timer. Små stillinger vanskeliggjør kontinuitet i oppfølging av familiene. Personell fra helseforetaket på 25 % er tilgjengelig kun 1 dag i uka der obligatoriske teammøter og felles konsultasjoner gjennomføres. Felles drøfting er nødvendig del av oppfølging til familien, og er prioritert. Barneblikk familieteam med mange familier får ikke diskutert alle i teammøtene, dette utfordrer tverrfaglig tilnærming i oppfølgingen til den enkelte familie.
- e) Utviklingsarbeid: Barneblikk-satsingen er fortsatt ung, og ansatte bidrar med erfaringer inn i utviklingsarbeidet. Dette er oppgaver som kommer i tillegg til klinisk arbeid.
- f) Delte stillinger: De fleste har arbeidssted i annen tjeneste enn Barneblikk familieteam. Fordelen er synergieffekt for faglig tilnærming, kjennskap til hjelpeapparatet og rekruttering av familier. Samtidig er det krevende med ulike faglige tilnærminger, ulike systemer, flere ledere og flere retningslinjer. Flere ansatte har savnet engasjement for arbeidet i Barneblikk familieteam fra personalleder, og det er viktig med tydelige avklaringer og støtte fra nærmeste leder.
- g) Faste stillinger: I oppstartsfasen mottok vertskommunene tilskudd fra Statsforvalteren med å kr 660.000.- i 3 år. Signert avtale forutsetter fast drift. For å sikre et kvalitetsmessig godt tilbud, bør stillingene i Barneblikk familieteamene være faste, og ikke årlige vikariat.
- h) Rollen som fagansvarlig er nødvendig for å ha oversikt på henvendelser, familiene, fange opp behov i tilbudet, lede teammøtene og være kontaktperson for koordinator. Rollen bør ligge til en stilling som er minimum 50 %, med nær tilknytning til helsestasjon og lokal leder.

**Anbefalinger:**

1. Bemanning bør gjenspeile befolkningsgrunnlag.
2. Hver part i Barneblikk-satsingen bidrar med personaleressurs fra både voksen- og barnetjenester da familier består av både voksne og barn.
3. Høy forankring i organisasjonen for å sikre stabil drift og tverrfaglig deltakelse. Bemanningsgrunnlag må være forpliktende med plan for videreføring etter eventuelle tilskuddsperioder.
4. Behov og robusthet tilsier økt stillingsandel fra HMR, hver 25 % bør økes for hvert team.
5. Fravær gjør oppfølging til familiene tidvis mangelfull, og mulig vikarordning bør derfor utredes.
6. Fagansvarlig har ekstra ansvar i Barneblikk familieteamene og bør kompenseres økonomisk. Vedkommende skal ha jevnlig kontakt med ansatte, og bør delta i lokal ledergruppe.

### 3.4 Modellen for Barneblikk-satsingen

Barneblikk familieteamene eies og driftes i fellesskap mellom vertskommunene og Helse Møre og Romsdal, noe som krever tydelige samhandlingsstrukturer. Felles eierskap og drift på tvers av både forvaltnings- og omsorgsnivå utfordrer tradisjonell måte å samhandle på. Både styringsgruppe og lokale ledergrupper er forum der orientering felles beslutninger tas.

Modellens utforming og skifte av ledere er potensiell risiko for kontinuitet og forankring. Deltakelse i styringsgruppe og lokale ledergrupper gir forståelse for, og prioritering av, driften av Barneblikk familieteamene. Det vil være risikoreduserende dersom en sikrer høyest mulig forankring i organisasjonene, med kliniksjefts- og kommunalsjefsnivået representert i styringsgruppen. Daglig drift er ofte avhengig av flere lederledd og mer detaljstyring. Dette har vært løst ved at mellomledere deltar i lokale ledergrupper.

Møter mellom fagansvarlige og lokale ledere på tvers av lokasjonene er en del av plan for samkjøring, vedtatt i styringsgruppen høst 2021, og har bidratt til større forståelse av et fylkesdekkende oppdrag. I tillegg blir konsekvensene av personalfravær mer tydelige.

Felles koordinering har vært viktig for et likeverdig tilbud i fylket og en forutsetning for god samhandling. Koordinator bør ha tydeligere mandat til å styre retningen når faglig variasjon går ut over oppdraget. Endringer av drift sett i forhold til valgt modell bør vurderes av styringsgruppen.

Samhandlingsmodellen gir familiene et godt lavterskeltilbud, samtidig som den er krevende. Eventuell utvidelse av tilbudets dekningsgrad vil medføre enda flere samarbeidspartnere, med ytterligere behov for å sikre samarbeid på tvers av nivåene og funksjonelle forum for felles beslutninger.

#### Anbefaling:

1. Modellen fortsetter som skissert med felles styringsgruppe og lokale ledergrupper, lokal leder og fagansvarlig i hver lokalisasjon.
2. Felles møter mellom fagansvarlige og lokale ledere videreføres.
3. Felles koordinering videreføres.

### 3.5 Barneblikks fremtid

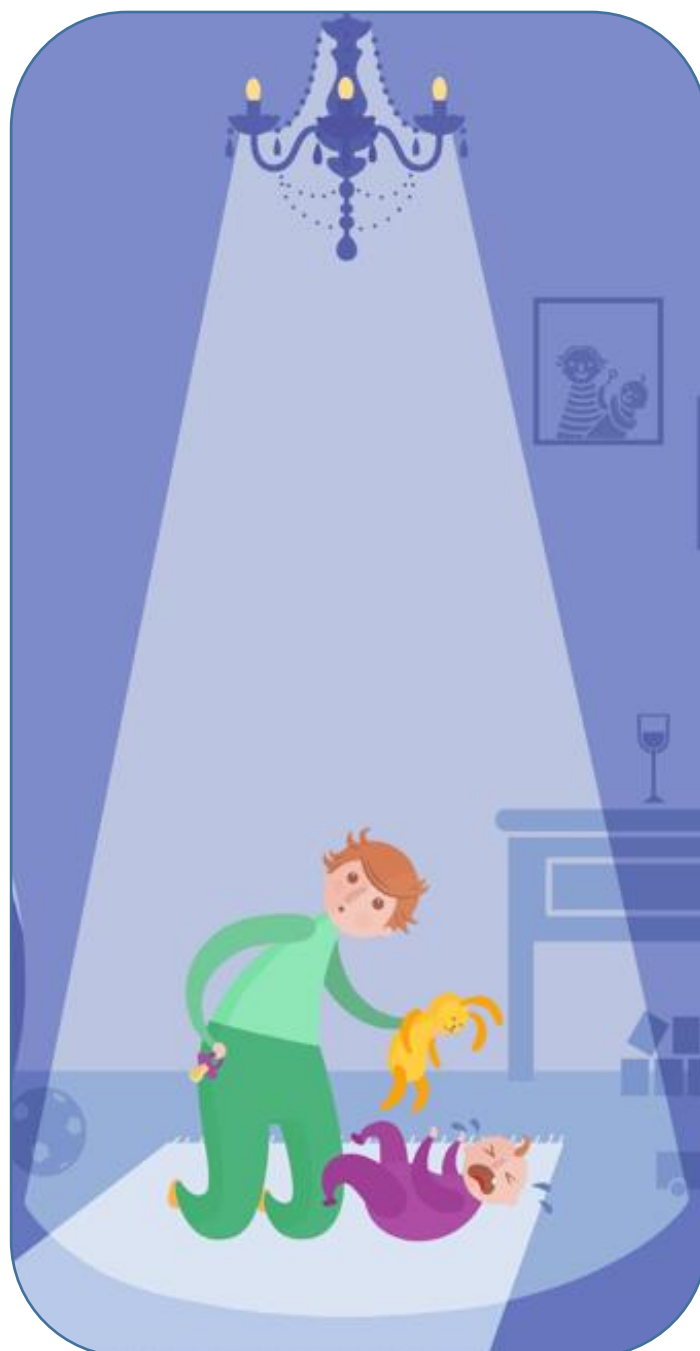
«En styrke med Barneblikk er sterke, gode tverrfaglige miljø – med læring på tvers. Opplevelse av VI»  
(Mulighetsanalysen)



Så langt er Barneblikk avgrenset til 4 bykommuner i fylket, plassert i forhold til de fire sykehusene. Dette har betydning for spesialisthelsetjenestens mulighet til å avgi personell til teamene. Samtidig betyr dette at dekningsgrad for befolkningen i M&R er lav og ikke reell. Avtalepartene må vurdere og ta stilling til, hvordan tiltaket skal være organisert i fortsettelsen.

Modellvalget vurderes som adekvat sett i forhold til oppdraget, både hva gjelder familieperspektiv, lavterskel, tidlig inn, brukermedvirkning og tverrfaglighet. Behovene som avdekkes gjennom henvendelser og tilbakemeldinger er store og større enn det tiltaket er dimensjonert for i dag. Faglig avgrensning av målgruppen og kanalisering av henvendelser til øvrige tjenestetilbud i helse- og omsorgstjenestene, må følgelig ivaretas av teamene. Samtidig tilsier en eventuell utvidelse av tilbudet behov for ressursmessig styrking av teamene.

Etablering av mange tilsvarende team i fylket vurderes lite realistisk, derimot er det interesse for å se nærmere på en modell der kombinasjon av noe utvidelse og etablering av interkommunale samarbeid inn mot eksisterende team kan være hensiktsmessig.





## 4. Anbefalinger

### Mål om helhetlig familieperspektiv

Anbefaling:

1. Barneblikk bør rendyrkes som familietilbud, inkludert par som venter barn
2. Fagområdene i Barneblikk familieteamene bør ikke utvides med somatiske vansker på dette tidspunktet.

### Mål om tidlig innsats – hjelp før vanskene går ut over foreldrefungering og barnets utvikling

Anbefaling:

3. Barneblikk familieteamene bør beholde målgruppen om lettere og moderate vansker og gjøre grundige avklaringer før oppstart ved hjelp av Funksjonssirkelen.

### Mål om lavterskel tilbud

Anbefaling:

4. Partene må sikre tilstrekkelig bemanning i Barneblikk familieteamene til å opprettholde et lavterskeltilbud.

### Personell i Barneblikk familieteamene

Anbefalinger:

5. Bemanning bør gjenspeile befolkningsgrunnlag.
6. Hver part i Barneblikk-satsingen bidrar med personaleressurs fra både voksen- og barnetjenester da familier består av både voksne og barn.
7. Høy forankring i organisasjonen for å sikre stabil drift og tverrfaglig deltakelse. Bemanningsgrunnlag må være forpliktende med plan for videreføring etter eventuelle tilskuddsperioder.

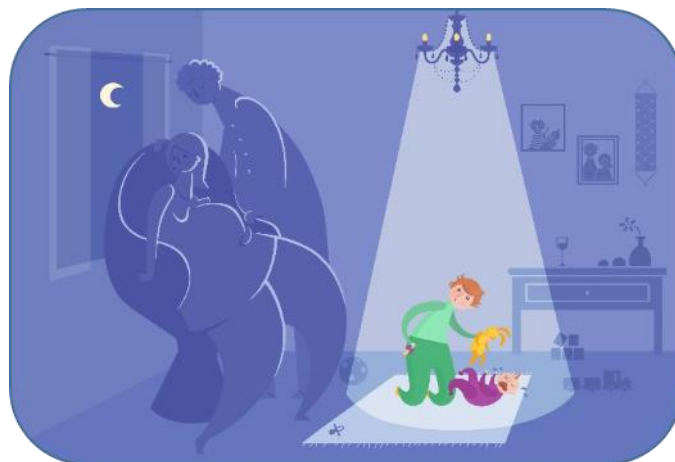
### Barneblikks fremtid

Anbefaling:

8. Modellen Barneblikk videreutvikles i samsvar med anbefalinger i rapporten, og videre bredning utredes i samarbeid mellom kommunene i M&R og helseforetaket.
9. Fremtidig organisering av Barneblikk bør gjøres tilgjengelig for hele befolkningen i M&R.

### Momenter fra evalueringen som inkluderes i prosedyrer og retningslinjer:

- Familier har etterlyst kontakttid på ettermiddag. Barneblikk familieteamene bør tilrettelegge for det, jf. pkt. 3.2.3.
- Brukerstyrt oppfølging bør fortsette i BBF, jf. pkt. 3.2.4.
- Opplæringen til brukerrepresentanter bør skje årlig, med avklaring av gjensidige forventninger, plikter og rettigheter, jf. pkt. 3.2.4.
- Egne samlinger for og med brukerrepresentantene, som de selv organiserer, jf. pkt. 3.2.4.
- Stillingsandelene bør være på 50% eller større i de største Barneblikk familieteamene, og minimum 40% i de minste lokalisasjonene, jf. pkt. 3.2.5.
- Behov og robusthet tilsier økt stillingsandel fra HMR, hver 25 % bør økes for hvert team, jf. pkt. 3.3.
- Fravær gjør oppfølging til familiene tidvis mangelfull, og mulig vikarordning bør derfor utredes, jf. pkt. 3.3.
- Fagansvarlig har ekstra ansvar i Barneblikk familieteamene og bør kompenseres økonomisk. Vedkommende skal ha jevnlig kontakt med ansatte, og bør delta i lokal ledergruppe, jf. pkt. 3.3.
- Modellen fortsetter som skissert med felles styringsgruppe og lokale ledergrupper, lokal leder og fagansvarlig i hver lokalisasjon, jf. pkt. 3.4.
- Felles møter mellom fagansvarlige og lokale ledere videreføres, jf. pkt. 3.4.
- Felles koordinering videreføres, jf. pkt. 3.4.



## 5.Vedlegg

1. Kunnskapsoversikt – Helsefremmende og forebyggende arbeid må skje der barn og unge befinner seg.
2. Barneblikk oppdrag fra HMR HF og samarbeidsavtale med kommunene - samlet i et felles dokument

## 6.Høringsinstanser

### Barneblikk styringsgruppen

- Bruker/erfaringsrepresentant - Turid Løvoll og Ann Helene Skare
- Ulstein kommune - kommunalsjef Marit Botnen
- Ålesund kommune - enhetsleder Hildur Alvestad og rådgiver Lisbeth Slyngstad
- Molde kommune - enhetsleder Tove Martinsen
- Kristiansund kommune - kommunalsjef Olaug Haugen
- Statsforvalteren - seniorrådgiver Anne Mette Nerbøberg
- Helse Møre og Romsdal – stabsleder Ole Lorvik, klinikksjef Ståle Hoff, barnekoordinator Anne Hollingen, avdelingsleder Manuela Strauss, koordinator Linda Ødegaard og Mette Grytten

### Barneblikk familieteam Kristiansund og lokal leder gruppe

- Kristiansund kommune – avdelingsleder Tone L. Kvammen, enhetsleder Elisabeth Iversen, fagansvarlig Anne Brit Tømmervåg og los Anne Grete Johansen
- Helse Møre og Romsdal – seksjonsleder Kjell Åsmund Bryn, seksjonsleder Hans Bjørn Vikhals, los Wenche Birkelund, los Elisabeth Ranheim

### Barneblikk familieteam Molde og lokal ledergruppe

- Molde kommune – leder helsestasjonen Beathe K. Gjerde, avdelingsleder Helen Fladseth, fagansvarlig Siri Flemsæterhaug, los Ingeborg Hjertvik, los Heidi Sporsheim
- Helse Møre og Romsdal – seksjonsleder Ann Kristin Hovden, seksjonsleder Hilde Sivertsen, los Siv Kvamme, los Anne M. Nerbø

### Barneblikk familieteam Ålesund og lokal ledergruppe

- Ålesund kommune - avdelingsleder Laila Grytten, tidligere fagansvarlig Nelly Snipsøy
- Helse Møre og Romsdal - seksjonsleder Inger Ann Berge, seksjonsleder Linn Terese Reiakvam, avdelingssjef Kari Nesseth, los Anne Sortevis, los Stine Lahti

### Barneblikk familieteam Ulstein og lokal ledergruppe

- Ulstein kommune – ledende helsesykepleier Kristin Meli, enhetsleder Silje Kleven Eriksen, fagansvarlig Renate Pettersen, los Wenche Sæther
- Helse Møre og Romsdal – seksjonsleder Ottar Røyset, seksjonsleder Kari Standal, los Aina Kvalsund, los Sonja Kesseboom

**Fagavdelingen, Helse Møre og Romsdal** – fagdirektør Erik Solligård og samhandlingssjef Eli Klara Otterlei