

Marit Kristine Helgesen

Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI). Følgeevaluering



NIBR

Norsk institutt for by- og regionforskning

Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI). Følgeevaluering

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2013:20 **Hvordan påvirker det statlige tilsynet kommunen og det lokale selvstyret?**

NIBR-rapport 2013:17 **Kommunal variasjon i statlige retningslinjer og veiledere**

NIBR-rapport 2012:17 **Flink med Folk i Første Rekke. Sluttrapport fra evalueringsprosjektet**

NIBR-rapport 2012:16 **Hvordan påvirker statlige og juridiske styringsvirkemidler prioriteringene i den kommunale omsorgssektoren?**

NIBR-rapport 2012:13 **Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse**

Rapportene koster
fra kr 250,- til kr 350,-og kan bestilles
fra NIBR:
Gaustadalléen 21
0349 Oslo
Tlf. 22 95 88 00
Faks 22 60 77 74

E-post til
nibr@nibr.no

Publikasjonene
kan også skrives ut fra
www.nibr.no
Porto kommer i tillegg til de oppgitte
prisene

Marit Kristine Helgesen

Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI). Følgeevaluering

NIBR-rapport 2013:23

Tittel: **Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI). Følgeevaluering**

Forfatter: Marit Kristine Helgesen

NIBR-rapport: 2013:23

ISSN: 1502-9794
ISBN: 978-82-8309-001-7

Prosjektnummer: 3168

Prosjektnavn: Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI)

Oppdragsgiver: Helsedirektoratet

Prosjektleder: Marit Kristine Helgesen

Referat: Rapporten er en følgeevaluering av første del av Helsedirektoratets prosjekt Bedre Tidlig Innsats som gjennomføres i 8 pilotkommuner. Det er gjennomført dokumentstudie, spørreundersøkelse til medarbeidere og ledere i pilotkommunene, samt telefonintervjuer med kommunale prosjektledere.

Sammendrag: Norsk

Dato: Desember 2013

Antall sider: 110

Pris: kr 250,-

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21,
0349 OSLO
Telefon: (+47) 22 95 88 00
Telefaks: (+47) 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no
Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>

Trykk: X-ide
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2013

Forord

Høsten 2013 fikk Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) i oppdrag av Helsedirektoratet å gjennomføre første del av en følgeevaluering av prosjektet Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI), et prosjekt om tidlig intervensjon for utsatte barn og unge på rusområdet. Helsedirektoratet gjennomfører dette i 8 pilotkommuner. Denne rapporten konsentrerer seg om hvordan situasjonen er i kommunene før BTI er iverksatt. Materialet som ligger til grunn for analysene er hentet inn gjennom et spørreskjema til medarbeidere og ledere i relevante tjenesteenheter i alle kommunene, dette er utarbeidet av Helsedirektoratet og regionale KORUS i samarbeid, og telefonintervjuer med alle prosjektlederne.

Det rettes en takk til alle som har svart på spørreskjemaet og til prosjektlederne, samt til Helsedirektoratet for godt samarbeid.

Oslo, desember 2013

Hilde Lorentzen

Instituttssjef

Innhold

Forord	1
Innhold.....	2
Tabelloversikt.....	4
Figuroversikt	5
Sammendrag.....	6
1 Bedre Tverrfaglig Innsats	10
1.1 Innledning.....	10
1.2 Bakgrunn	10
2 Metode	13
2.1 Innledning	13
2.2 Dokumentstudie.....	13
2.3 Analyse av survey	14
2.4 Intervjuer med prosjektledere	15
2.5 Om kommunene	16
3 Dokumentstudie	18
3.1 Innledning	18
3.2 Samfunnsøkonomisk effekt.....	18
3.3 Styring	20
3.3.1 Reformert på området barn og unge	21
3.4 Iverksetting av BTI	27
3.5 Iverksetting av tiltak i Norge.....	35
3.6 Bekymringsblikket.....	41
3.7 Oppsummering av dokumentstudien	43
4 Tverrsektorielt samarbeid.....	46
4.1 Innledning	46
4.2 Samordning og samarbeid	46
4.3 Samarbeid i pilotkommunene	50
4.3.1 Tverretatlige team	51
4.3.2 Roller.....	57
4.3.3 Vurdering av samarbeid mellom tjenester.....	60

4.4	Oppsummering	67
5	Forankring av og arbeid for utsatte barn og unge	69
5.1	Innledning	69
5.2	Involverte enheter	69
5.2.1	Forankring av prosjektet i kommunal organisasjon	72
5.3	Kjennskap til veilederen ”Fra bekymring til handling”	73
5.4	Innhold i arbeidet for å fange opp barn og unge det knyttes bekymring til	75
5.5	Bekymring og handling ved bekymring	77
5.6	Metodikk og verktøy.....	80
5.7	Oppsummering	82
6	Kompetanse og opplæring	84
6.1	Innledning	84
6.2	Kompetanse og opplæring i pilotkommunene	85
6.3	Intervjuer med prosjektledere om opplæring.....	91
6.4	Modeller for opplæring	94
6.5	Oppsummering	96
7	Diskusjon og avslutning	98
7.1	Innledning	98
7.2	Suksesskriterier for tverrfaglig samarbeid.....	98
7.3	Informasjon	99
7.4	Konsultasjon.....	100
7.5	Dialog og diskusjon	101
7.6	Enighet om meninger og holdninger	102
7.7	Felles handling.....	104
7.8	Organisatoriske betingelser i kommunene	105
	Litteratur	107

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Hovedtrekk ved deltagende kommuner	16
Tabell 4.1	Tverretattlig/tverrfaglig team i kommunen (N=2260).....	51
Tabell 4.2	Tjenester som er representert i teamet (N=565-567).....	52
Tabell 4.3	Organisering av tverretattlige og tverrfaglige team (N=572).....	54
Tabell 4.4	Tydighet i roller og ansvar for oppfølging (N=2260).....	58
Tabell 4.5	Tydighet i roller: Kompetanse og ansvar for å følge opp barn og unge Prosent, hele tall i parentes (N=2260).....	59
Tabell 4.6	Vurdering av samarbeid med tjenester Prosent, hele tall i parentes (N=2260).....	61
Tabell 5.1	Medarbeideres tjenestested og kommune (N=2252).....	70
Tabell 5.2	Antall år ansatt, kjenner veileder Prosent, hele tall i parentes (N=2260).....	74
Tabell 5.3	Andel som har hørt om, kjenner og bruker veilederen Prosent, hele tall i parentes (N=527)	75
Tabell 5.4	Påstander om oppfølging av barn og unge det er knyttet bekymring til Prosent, hele tall i parentes (2240-2247).....	76
Tabell 5.5	Handling ved bekymring Prosent, hele tall i parentes (N=1785).....	78
Tabell 5.6	Skriftlige rutiner for tverrfaglig samarbeid om bekymringshåndtering Prosent, hele tall i parentes (N=2260).....	79
Tabell 5.7	Oppfølging av skriftlige rutiner for tverrfaglig samarbeid Prosent, hele tall i parentes (N=880)	79
Tabell 6.1	Samtaler med barn og unge og opplæring i å gjennomføre.....	85

Tabell 6.2	Samtaler med foresatte og opplæring i å gjennomføre slike samtaler Prosent, hele tall i parentes (N=2260).....	86
Tabell 6.3	Bruk av verktøy og opplæring i bruk av verktøy Prosent, hele tall i parentes (N=2260).....	86
Tabell 6.4	Opplæring i taushetsplikt, opplysningsplikt, opplysningsrett og samtykke Prosent, hele tall i parentes (N=2260).....	87
Tabell 6.5	Ønsker opplæring Prosent, hele tall i parentes (N=2260).....	90

Figuroversikt

Figur 4.1	Samordningstrappen.....	48
-----------	-------------------------	----

Sammendrag

Marit Kristine Helgesen

Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI). Følgeevaluering

NIBR-rapport: 2013:23

Bakgrunn

Rapporten er første del av følgeevalueringen av Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI) et pilotprosjekt Helsedirektoratet gjennomfører i 8 kommuner. Målet med pilotprosjektet er å utvikle og tilpasse BTI-modellen til norske forhold sammen med 8 nøkkelkommuner og regionale kompetansesentre på rusfeltet til inspirasjon for alle landets kommuner, slik at de som ønsker det kan ta denne i bruk. Bakgrunnen for prosjektet er for det første at kommunene har plikt til å drive forebyggende virksomhet og tidlig innsats for utsatte barn og unge er den del av dette. For det andre ble det gjennomført et tilsyn i 2008 som fant at ansatte i kommunale tjenester melder fra for sjelden og at kommunale tjenester ofte ikke følger sine egne rutiner for melding av bekymringer til barnevernet.

Metode

Helsedirektoratet og regionale KORUS (kompetansesentre på rusfeltet) laget en spørreskjemaundersøkelse som kartlegger situasjonen i deltakende kommuner før BTI er iverksatt. Denne ble sendt til 5000 medarbeidere og ledere i tjenesteenheter i pilotkommunene. 2260 svarte. Den utgjør hoveddelen av analysen. Dernest er det gjennomført telefonintervjuer med alle prosjektlederne i nøkkelkommunene og det er gjennomført en dokumentstudie. Det gjennomføres analyser av tverrfaglig samarbeid (kapittel fire), prosjektens forankring i den kommunale organisasjonen (kapittel 5) og behov for opplæring (kapittel 6). Kapittel sju diskuterer og oppsummerer.

Dokumentstudie

Dokumentstudien konsentrerer sin innsats om samfunnsøkonomiske gevinster av tidlig innsats samt tverrfaglig samarbeid. Observasjonene er at det trolig vil lønne seg samfunnsøkonomisk å gjennomføre tidlig innsats for utsatte barn og unge. Gjennom lesning av dansk og norsk litteratur, i all hovedsak vitenskapelige evalueringer av forsøk med tverrfaglig samarbeid, ble det funnet fram til 8 suksesskriterier:

- Personlige relasjoner (kjenne hverandre mellom enheter, samarbeid på individnivå)
- Informasjon og åpenhet
- Fravær av domenekonflikter/holdning om likeverd mellom yrkesgrupper
- Klare roller og klart fordelt ansvar for oppgaver
- Formelle rutiner og verktøy
- Etablering av felles arenaer
- Struktur: ledelse, dagsorden for møter, rutiner for oppfølging
- Ressurser og kapasitet

Tverrfaglig samarbeid

Det tverrfaglige samarbeidet analyseres i henhold til samordningstrappen som har fem trinn: informasjon, konsultasjon, dialog og diskusjon, enighet om meninger og holdninger samt felles handling. De to første trinnene kan forholde seg kun til individnivå, dialog og diskusjon kan være på både individ- og systemnivå, mens enighet om meninger og holdninger samt felles handling krever at samarbeidet er løftet opp på systemnivå, at det foregår som samordning. Samordning foregår innenfor klare rammer og det er bevissthet om hvordan ulike aktørers handlinger skal knyttes sammen for å trekke i samme retning. Samarbeid er i større grad frivillig, partene som inngår i samarbeid har i større grad selv bestemt at samarbeid kan være et middel til og nå et mål. Samarbeid kan i større grad enn samordning foregå på individnivå.

Observasjonene angående tverrfaglig samarbeid og samordning i pilotkommunene er at det er få som har informasjon og kunnskap om hvordan det er tilrettelagt for tverrfaglig samarbeid og samordning, hvilke enheter som deltar, samt hvordan det gjennomføres. Det er forholdsvis klart for medarbeiderne i kommunene hvilke roller hjelpetjenestene skal ha, men det tyder på at det også kan være uklarerheter mht utforming av roller. Samarbeid med tjenester vurderes ikke som godt. Ettersom få kjenner til om deres kommune har et team, men det samarbeides ganske mye, kan det tenkes at det er samarbeid på individnivå som gjennomføres i nøkkellkommunene.

Forankring av arbeid for utsatte barn og unge

Prosjektene er godt forankret i den kommunale organisasjonen og har prosjektleder, prosjektgruppe og styringsgruppe. Gruppene er satt sammen slik at relevante enheter er representert. 7 av 8 kommuner har en kommunalsjefmodell som betyr at det er gode organisatoriske forutsetninger for at samordning og samarbeid kan finne sted. Beslutninger om at samordning og samarbeid skal gjennomføres kan dermed utgå fra et autoritativt nivå i den kommunale organisasjonen, det er ikke delegert til enkelte tjenester å selv fatte beslutning om det.

I tråd med at informasjon ikke flyter enkelt i pilotkommunene er det få medarbeidere som kjenner veilederen ”Fra bekymring til handling” (Helsedirektoratet 2009). Medarbeidere handler likevel på sin bekymring og konferering med nærmeste overordnede er den vanligste handlingen.

Kompetanse og opplæring

Medarbeidere i kommunen opplever et stort behov for opplæring i regler (taushetsplikt, opplysningsplikt, opplysningsrett og samtykke), identifisering av utsatte barn og unge, samtalemotodikk og gjennomføring av tverrfaglig samarbeid. I stor grad oppgir medarbeidere at de har gjennomført arbeidsoppgaver de ikke oppfatter at de har kompetanse til å gjennomføre. Det inkluderer samtaler med barn og unge, samt foresatte, og bruk av verktøy. Mer enn to tredjedeler av de 2260 som svarte på undersøkelsen oppgir at de trenger opplæring i identifisering av utsatte barn og unge, tegn hos foresatte, samtalemotodikk, beskyttelsesfaktorer og muligheter og begrensninger i regler.

Opplæringen kan gjennomføres på flere måter og pilotkommunene har så langt prioritert opplæring i tverrfaglig samarbeid. 7 av 8 har gitt noen medarbeidere mulighet til å delta på en høyskoleutdanning om dette. I det videre arbeidet ser prosjektledere for seg at det lages et e-læringsprogram med forelesninger og oppgaver og mange mente at de regionale KORUS bør bidra inn i denne undervisningen. Noen prosjektledere ga uttrykk for at de kunne tenke seg å delta i utarbeidelsen av e-læringsprogrammet.

Diskusjon

Det flyter lite informasjon om faktorer som er nødvendige for at tverrfaglig samarbeid skal være vellykket i nøkkelkommunene (team og teamets arbeidsformer). Svært få kjenner veilederen "Fra bekymring til handling". Manglende informasjon påvirker tillit mellom tjenestene. Det er barrierer for at konsultasjon finner sted. Den viktigste årsaken til dette ser ut til å være at roller oppfattes som uklare og dette påvirker kunnskapen medarbeidere har om hvor de skal henvende seg ved bekymring. Videre er det svært få som kan noe om hvordan teamene er organisert og arbeider og dette hindrer dialog og diskusjon. Svært få medarbeidere er av den oppfatning at de har nødvendig opplæring angående de fleste faktorene som knytter seg til tidlig innsats for utsatte barn og unge. Dette kan bety at det i utgangspunktet er lite felles forståelse av begreper og regler, og det kan påvirke muligheten for å komme fram til enighet om meninger og holdninger. Dette er en situasjon kommunene har stor forståelse for og det arbeides nettopp med å tilpasse verktøy og lignende til sin lokale situasjon, samt for å tilrettelegge for opplæring. Felles handling er avhengig av at trinnene foran fungerer godt, samt av at det er ressurser som kapasitet og tiltak å ta i bruk i oppfølgingsarbeidet. Felles handling kan også være avhengig av at det er utarbeidet rutiner, for eksempel for gjennomføring av møter, som er kjent for alle som skal delta og som de oppfatter at de er forpliktet til å følge.

1 Bedre Tverrfaglig Innsats

1.1 Innledning

Tidlig innsats og oppfølging av utsatte barn, unge og familier det er knyttet bekymring til har vist seg å ha positive effekter på kort sikt for dem det gjelder, samt at de har en positiv samfunnsøkonomisk effekt på lang sikt (Oldrus og Vitus 2011, Hansen mfl 2010).

Prosjekt Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI) er et utviklingsprosjekt der hovedhensikten er å tilpasse den danske BTI-modellen til norske forhold. Prosjektet gjennomføres i 8 norske kommuner og handler om tidlig innsats og oppfølging av utsatte barn og unge. BTI er en samhandlingsmodell utviklet i Danmark og den tilpasses nå av Helsedirektoratet og prøves ut i Norge. Det er en modell med flere verktøy for å fange opp utsatte barn og unge, samt deres foreldre på et tidlig tidspunkt i et hendelsesforløp, samt for samhandling mellom aktuelle kommunale tjenester for å kunne yte et tilbud. Målsettingen er å hindre oppfølgingsbrudd i arbeidet. Tverretatlig samarbeid har dermed en meget sentral plass i dette prosjektet. For å koordinere det tverrfaglige samarbeidet er det et minimumskrav til deltakende kommuner at de tar i bruk «stafettholder» og «stafettlogg», og de skal beskrive saksgangen. Stafettholderen er den fysiske personen eller tjenesteenheten i kommunen som har fått i oppgave å være kontaktperson eller ansvarshaver for barnet eller den unge, som har fått opprettet en sak. Stafettloggen er en opprettet sak, eller et notat, angående barnet eller den unge og hva som skjer i arbeidet med å følge opp.

1.2 Bakgrunn

Lovverket slår fast at kommunen har plikt til å drive forebyggende virksomhet. Kommunen skal blant annet følge nøye med i de forhold barn lever under og har ansvar for å finne tiltak som kan

forebygge omsorgssvikt og atferdsproblemer (LOV 1992-07-17 nr. 100 § 3-1). Den skal gjøre seg kjent med innbyggernes levekår, vie spesiell oppmerksomhet til trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale problemer, og søke å finne tiltak som kan forebygge slike problemer (LOV 2009-12-18 nr 131 § 12), samt yte helsefremmende og forebyggende tjenester (LOV 2011-06-24 nr 30 §3-2). Videre slår det samme lovverket fast at kommunene er pliktige til å legge til rette for at kommunale tjenester kan samarbeide for å yte tjenester de er pålagt.

Helsetilsynet og Barne- og likestillingsdepartementet gjennomførte i 2008 i fellesskap et tilsyn i 114 kommuner av samarbeid om tjenester til utsatte barn. Kommunenes tilrettelegging og oppfølging av samarbeid mellom barnevern og helse- og sosialtjenester til barn i skolepliktig alder, samt unge i alderen 18-23 år var tema for tilsynet. Tilsynet viste at det var avvik fra regler eller forbedringsområder i 103 av kommunene. Dette dreide seg om flere forhold som: 1: tilrettelegging for samarbeid der for eksempel rutiner og regler for når og hvordan samarbeid skal gjennomføres ikke er etablert eller ikke følges opp hvis det er etablert. 2: og oppfølging av samarbeid på et så lavt nivå som å fatte beslutning om at møter skal avholdes, gi informasjon til aktuelle medarbeidere som skal være til stede i møter, utforme journaler slik at de gir basal informasjon om arbeidet som gjennomføres for klienter eller utarbeide tiltaksplaner, evt. individuelle planer. 3: ansatte melder fra sjelden og de melder for sent (Helsetilsynet 2009). Helsedirektoratet iverksatte en Opptrappingsplan på rusfeltet i 2006 og laget i den forbindelse en veileder i 2009 som blant annet skulle veilede til å skape forståelse i tjenesteapparatet for hva som er risiko- og beskyttelsesfaktorer for unge, samt hva som kan være et grunnlag for å handle ved mistanke om rusproblemer. Den sier videre noe om hvordan medarbeidere i kommunal sektor kan komme i inngrep med barn og unge, og intervensjoner tidlig hvis nødvendig (Helsedirektoratet 2009).

Kommunene som har meldt sin interesse for BTI har fått tilskuddsmidler for å iverksette prosjektet lokalt. Finansieringen er på kr. 500 000 i 2012, de fikk 450 000 i 2013 og trolig får de 400 000 i 2014. Høst 2012 sendte Helsedirektoratet i samarbeid med regionale KORUS et spørreskjema til ledere og medarbeidere i aktuelle enheter i deltakende kommuner for å kartlegge før-

sitasjonen med hensyn på tverretatlig samarbeid for å fange opp utsatte barn og unge. Undersøkelsen viser at kommunene er kommet kort i dette arbeidet og at kommunale medarbeidere ikke har basal informasjon for eksempel om at det eksisterer veiledere for gjennomføring av tidlig intervensjon. Utviklingen og tilpasningen av BTI til norske forhold skal avsluttes i 2014 og vil da lanseres som en inspirasjonsmodell for samarbeid omkring barn, unge og familier som trenger noe ekstra.

2 Metode

2.1 Innledning

Foreliggende rapport er en underveisevaluering av Bedre Tidlig Innsats i pilotkommunene. Det vil si at resultatene som framkommer kan føres tilbake til kommunene som kan endre sin gjennomføring av BTI hvis ønskelig eller nødvendig. I underveisevalueringen er det benyttet tre metodiske inntak. Det første er en kunnskapsoppsummering av skandinavisk litteratur om samarbeidsmodeller i for tidlig innsats for barn og unge. Det andre er en analyse og systematisering av en survey som er gjennomført til ledere og medarbeidere i deltakende enheter i pilotkommunene. Det tredje er intervjuer med prosjektledere for BTI i de aktuelle kommunene.

2.2 Dokumentstudie

Dokumentstudien er utgangspunktet for å oppsummere kunnskap på områdene tidlig innsats og tverrfaglig arbeid. Oppsummeringer av kunnskap systematiserer erfaringer og skal gjøre dem lett tilgjengelig. Konkret dreier det seg om at skriftlig materiale som forskningsartikler- og rapporter, utredninger, offentlige dokumenter og annet som er gått gjennom mht tidlig innsats og tverrfaglig arbeid for utsatte barn og unge. Fokuset på danske erfaringer legitimeres i at modellen for det norske BTI er det danske programmet "Bedre Tverrfaglig Innsats" som nå er implementert i svært mange av Danmarks 98 kommuner som en del av "Barnets Reform" (Socialstyrelsen 2011). Svenske og norske erfaringer hentes inn i den grad de er systematisert.

Andre problemstillinger dokumentstudiet tar opp er:

- Flernivåstyring i relasjonen mellom stat og kommuner

- Nordiske erfaringer fra tilrettelegging for tverrfaglig samarbeid
- Blir behovet for tverretattlig samarbeid påvirket av hvordan kommunene er administrativt organisert (flat struktur vs. sektormodell)?
- Ressurser i form av økonomi, tid og stillinger
- Opprettelse av stafettloggen og kriterier for å fatte beslutning om å opprette
- Hvordan finne en egnet «stafettholder»?

2.3 Analyse av survey

Helsedirektoratet har, i samarbeid med regionale KORUS, gjennomført en survey til deltakende medarbeidere og ledere i aktuelle enheter i BTT-kommunene. Totalt ble det sendt 5000 skjema, og det kom inn 2260 svar. Den samlede svarprosenten er på 45,2. Dette er i underkant av hva som er ønskelig i slike undersøkelser.

Surveyen kartlegger situasjonen i de deltakende kommunene på en rekke områder som kunnskap om og aktivitet i forhold til utsatte barn og unge før pilotprosjektet er satt i gang. Det vil si at analyser av surveyen danner et bilde av situasjonen i kommunene som kan fungere som en baseline og som et nullpunkt for å måle om pilotprosjektet har effekt i de deltakende kommunene.

Resultatene fra surveyen systematiserer situasjonen i kommunene på to hovedområder:

- Planlegging, forankring og organisering av prosjektet, og gjennomføring av tverrsektorielt samarbeid og samordning
- Vurdering av hvilken kompetanse medarbeidere og ledere har angående samarbeid og samordning og om det bør settes i verk opplærings- og utdanningsinnsatser

Systematisering av kunnskapen i den gjennomførte surveyen gjør det mulig å peke på hva som er de viktigste forbedringspunktene for å iverksette tidlig innsats for utsatte barn og unge og om noen sider av forsøket bør vektlegges mer enn andre. Analysen

gjennomføres i henhold til koordineringstrappen som presenteres senere.

Surveyen viser så langt at mange medarbeidere og ledere i aktuelle kommunale enheter selv mener de har behov for opplæring i å fange opp signaler hos barn og unge og deres foreldre, samtalemetodikk og regler om taushetsplikt etc. Det kan være et spørsmål om hvem som har ansvaret for å følge opp slike kompetansebehov, kommunen selv, statlige myndigheter, eller om regionale myndigheter som fylkeskommune og fylkesmannen kan spille en rolle.

2.4 Intervjuer med prosjektledere

Prosjektledere i pilotkommunene er intervjuet mht flere aspekter ved iverksettingen av BTI. Intervjuene er gjennomført som telefonintervjuer og varte ca. en halv time. De er tatt opp på bånd og transkribert. De viktigste temaene er prosjektets organisering og forankring i pilotkommunene, samt hva som kan være gode modeller for opplæring. Evalueringen skisserer forskjellige modeller for kompetanseheving ut fra de behovene som framkommer i surveyen. Fire tenkelige modeller for kompetanseheving er:

- Kommunene ansvarliggjøres alene
- Kommunene ansvarliggjøres i samarbeid med sentrale myndigheter som lager et opplegg for undervisning som iverksettes som egenorganisert opplæring i kommunene, et eksempel kan være Demensomsorgens ABC.
- Kommunen ansvarliggjøres i samarbeid med sentrale myndigheter som iverksetter et program med stimuleringsmidler som koordineres av fylkesmannen på regionnivå etter modell av «Kompetanseløftet». Kommunenes ansvar blir da å søke midler for å la sine medarbeidere ta utdanning og videreutdanning innen temaene rus og tverrfaglig arbeid
- Utvikling av kompetanse i relasjonen mellom kommuner og fylkeskommuner

I tillegg er det spurt om samarbeid med høyskoler og universitet om utdanningsprogrammer og om mulighetene kommunene har til å tilby slike utdanninger til sine medarbeidere.

2.5 Om kommunene

Dette er ingen representativ undersøkelse av hvordan tilstanden på dette feltet er i kommunene. Surveyen er gjort i kommuner som har søkt om å få være med på et forsøk Helsedirektoratet har satt i gang og kan dermed ikke brukes til å si noe mer generelt om tilstanden i norske kommuner. Kommunene som er med i pilotprosjektet er forskjellige og tabell 2.1 gir opplysninger om antall innbyggere, antall kommuner det er i størrelseskategorien, hvor mange skjema som er sendt til de forskjellige kommunene og hvor mange som har svart.

Tabell 2.1 *Hovedtrekk ved deltakende kommuner*

Kommuner og nummer	Antall svar	Innb.	Pol. Org	Adm. org.
1	77	0-6000	Formannskap med faste utvalg	2 nivåer
2	82	0-6000	Formannskap med faste utvalg	3 nivåer eller flere
3	161	10-20 000	Formannskap med faste utvalg	2 nivå
4	376	10-20 000	Formannskap med faste utvalg	Varierer mellom sektorer
5	198	10-20 000	Formannskap med faste utvalg	1 nivå
6	459	35-75 000	Formannskap med faste utvalg	1 nivå
7	163	35-75 000	Formannskap med faste utvalg	1 nivå
8	737	35-75 000	Parlamentarisme med komiteer	Ingen nivåer

Kilder: Spørreundersøkelsen til kommuner, kommunenes hjemmesider, Organisasjonsdatabasen 2012.

Norske kommuner er i overveiende grad små, halvparten har under 5000 innbyggere. Ingen av de deltakende kommunene har under 5000 innbyggere. Dermed er kommunene overhodet ikke

representative angående størrelse og i dette pilotforsøket er både middelsstore, men spesielt store kommuner sterkt overrepresentert.

Det er knyttet en hypotese til at den kommunale organiseringen slår ut for kommunenes behov for og faktiske arbeid med tverrsektorielle arbeidsoppgaver. Tabellen viser at kommunene varierer lite mht politisk organisering, de fleste har en tradisjonell politisk modell med formannskap og faste politiske utvalg. Det er større variasjon mht administrativ organisering. Det er kun en kommune som har valgt den helt flateste modellen uten mellomliggende sjefsnivåer mellom enhetsledere og rådmannsnivå. Tre kommuner har ett sjefsnivå mellom enhetsleder og rådmann, to kommuner har to, en har tre, mens for en kommune varierer det mellom sektorer. Det er dermed bare i en kommune at enhetsledere rapporterer direkte til rådmann. I de andre er det et mellomnivå, med stor sannsynlighet en kommunalsjef, mellom enhetsledere og rådmannsnivået. Kommunal organisering med kommunalsjef er en mer hierarkisk organisasjon, og både økonomisk og faglig ansvar er plassert hos administrasjonssjefen (Laudal mfl 2000). Trolig vil koordinering være enklere i kommuner med kommunalsjefer fordi beslutninger om samarbeid kan forankres på dette nivået, samt at det er et utkikkspunkt for kontroll av at samarbeid faktisk gjennomføres når det er besluttet.

3 Dokumentstudie

3.1 Innledning

Det norske BTI er oversatt fra det danske programmet ”Bedre Tverrfaglig Innsats” etter tillatelse fra Socialstyrelsen i Danmark. Det skal særlig tilpasses juridiske og organisatoriske betingelser i Norge. I Danmark er BTI nå implementert i svært mange av Danmarks 98 kommuner som en del av ”Barnets Reform” (Socialstyrelsen 2011), men kommunene har arbeidet med programmet siden 2008. Mange sider ved det danske programmet er evaluert, for eksempel er det gjort kost-nytte analyser av tidlig innsats som viser at det har samfunnsmessig nytte å intervensere i barns og unges utvikling hvis det er mistanke om at den tar feil retning (Hansen m.fl. 2010). Det er også gjennomført tilsvarende svenske analyser (ibid). Fra det danske prosjektet er det også utgitt delrapporter og sluttrapport, samt at det er gjort tilpasninger til ”Barnets Reform”, der tverrfaglig og tverretatlig samarbeid og samordning om tidlig intervensjon har en sentral plass (Socialstyrelsen 2012 a og b).

Danske og svenske erfaringer sammenstilles med norske erfaringer og problemstillinger for å finne likhetstrekk. Å avdekke likhetstrekk er viktig når det skal undersøkes om ”Bedre Tverrfaglig Innsats” er et program som også kan tilpasses til norske forhold fordi det da ikke vil være sterke barrierer for å iverksette det også her.

3.2 Samfunnsøkonomisk effekt

Tidlig innsats overfor og oppfølging av utsatte barn og unge har trolig positive samfunnsøkonomiske effekter. Ved å gjennomføre analyser av individuelle livsløp, de kostnader det har vært ved sosialstøtte og trygder, fengselsopphold, hjelp til bolig og

forsterkede helseinnsatser, samt manglende innbetalt skatt beregner Hansen mfl (2010) at tidlig innsats overfor disse individene ville hatt en samfunnsøkonomisk gevinst, forutsatt at innsatsen var vellykket. Vellykket innsats betyr da at det hadde skjedd et skifte fra et voksenliv uten selvforsørgelse til et voksenliv med selvforsørgelse (Hansen mfl 2010:14). For å komme fram til dette resultatet har de regnet ut hva som er de totale utgiftene ved voksenlivene uten selvforsørgelse og hva som da kan være de gjennomsnittlige utgiftene til tidlig innsats under forskjellige økonomiske betingelser. Konklusjonen på regnestykket er at hvis tidlig intervensjon overfor ett av fem barn er vellykket vil det ha en samfunnsøkonomisk gevinst å iverksette den (Hansen mfl 2010:16).

En synteserapport som tar for seg evalueringer av innsatser for utsatte barn i alderen 0-3 år og deres familier viser at mange tidlig intervensjoner har effekt (Oldrup og Vitus 2011:59-136). Effektene er forskjellige mht intervensjonenes kontekst og konkrete tiltak. Syntesen er gjennomført på bakgrunn av 81 studier fra en rekke land, 55 av de inkluderte studiene er fra USA, 11 fra Europa. Det ble funnet en studie fra Sverige, som den eneste nordiske. Den er ikke inkludert i oversikten på 81 studier fordi den ble bedømt til ikke å være gjennomført etter gode nok metodiske kriterier. Gode nok metodiske kriterier er at studien enten er randomisert, gjennomført som naturlig eksperiment eller som kvasiekksperiment. Forfatterne påpeker at fordelingen av studier på land betyr at de kulturelle og sosialpolitiske kontekster er forskjellige fra den danske, og også fra resten av Norden, som har et sterkt innslag av offentlig tjenesteproduksjon på disse områdene (ibid:49). Studiene fokuserte forskjellige risikofaktorer: vold, rusmisbruk, vanskjøtsel, unge foreldre, psykisk sykdom hos foreldre, psykisk utviklingshemming hos foreldre og kombinerte problemstillinger. Intervensjonene var rettet mot begynnende symptomer på ugunstig utvikling hos barn. Intervensjonene var dermed utformet som sekundær- og tertiærforebyggende tiltak. Primærforebyggende tiltak ble ikke vurdert (Oldrup og Vitus 2011:16). Mange av intervensjonene er gjennomført av flere personellgrupper (ibid:46) og av det kan det antas at det arbeides tverrsektorielt eller flerfaglig for å gjennomføre dem.

I Sverige er det gjort kunnskapsoppsummeringer angående intervensjoner på det sosiale området (Socialstyrelsen 2009, 2012)

og konklusjonen på disse er at det er gjort en del svenske studier som viser at tidlig intervensjon har effekt, men at studiene er spredt på ulike tema og at de er få. Det er gjort en stor oppsummering angående intervensjoner for å redusere psykisk uhelse hos barn og unge. Denne benytter en forholdsvis snever definisjon på psykisk uhelse – de symptom som barn og unge har – som medfører at den retter seg mot tiltak som kan klassifiseres som indikativ forebygging, altså mot enkeltindivider og mindre mot konteksten enkeltindivider forholder seg til. Den er også opptatt av programmer (SBU 2010:39, 44). Et program som ”De utrolige årene” bedømmes for eksempel som et selektivt forebyggingsprogram med liten effekt (ibid:58, 71, 77-78). Det er også vanskelig å bedømme om noen enkeltkomponenter i programmer er mer virksomme enn andre, samt at det er vanskelig å si om programmer for å forebygge utagerende atferd hos barn og unge er kostnadseffektive fordi antallet studier er for lite (ibid:59, 100, 237).

I Norge vises det til at det ble gjort en kunnskapsoppsummering av tidlig intervensjon på rusfeltet i 2007 og delvis basert også i svenske erfaringer påpekes det at kunnskapsgrunnlaget må oppfattes som godt. Utfordringen er å ta i bruk foreliggende kunnskap (IS-1455:9).

3.3 Styring

Danmark gjennomførte sin kommunalreform i 2007. Reformen reduserte antallet kommuner til 98 og det ble etablert en minstestørrelse på kommunene på 50 000 innbyggere. Dette har påvirket kommunene på ulike måter, og de har blant annet redusert antallet kommunale institusjoner som skoler og barnehager, samt andelen mellomledere og de har hatt færre utgifter til administrasjon de siste årene. Kommunene har trolig økt sitt handlingsrom. Dette har de blant annet brukt til å øke utdanningsnivået på sine ansatte, og ”øket faglig bæredyktighet” var en målsetting med reformen (Hansen og Houlberg 2013).

I Norge er det 428 kommuner med en gjennomsnittlig befolkning på om lag 10 000. Median er imidlertid på om lag 5000. Det betyr at det er langt flere kommuner i Norge enn i Danmark og at norske kommuner er betraktelig mye mindre enn danske kommuner. Størrelsen påvirker administrativ kapasitet, men det er

ikke nødvendigvis slik at små kommuner har færre inntekter per innbygger enn større. Det påvirker imidlertid antallet enheter og medarbeidere som skal koordineres i et tverrfaglig samarbeid og det kan antas det er færre enheter i små enn i store kommuner. Det betyr også at når en kommune velger å implementere systemer for å koordinere sin innsats for utsatte barn og unge så vil det omfatte færre fordi barne- og ungebefolkningen i små kommuner også vil være liten. For at befolkningen skal dekkes må altså langt flere kommunale administrasjoner overtales til å oppfatte koordinering som et positivt virkemiddel for å gjennomføre tiltak for å spore og hjelpe utsatte barn og unge.

Iverksettingen av tiltak for å styrke samarbeid og koordinering om tidlig intervensjon for utsatte barn og unge vil trolig være mer krevende i Norge enn i Danmark. For det første fordi det er flere kommuner. Og fordi det er kommunalt selvstyre i Norge som impliserer at departementer og direktorater ikke har instruksjonsrett over kommuner, er det dermed flere politiske og administrative beslutningssystemer som må motiveres. For det andre er kommunene små med få fagpersoner, spesielt innenfor barnevern, noe som gjør kommunene sårbare mht kompetent personell, og som derfor også gjør samarbeid og koordinering sårbart fordi det blir avhengig av enkeltpersoner.

I følge den norske Barnevernlovens § 3-2 skal barneverntjenesten samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse oppgaver tjenesten er pålagt etter loven. Loven sier ikke noe om hvordan samarbeidet skal skje, men at barneverntjenesten skal gi uttalelser og råd, samt delta i planleggingsvirksomhet og i samarbeidsorganer som opprettes. Det er kommunene og ikke enkelttjenester som har ansvaret for det forebyggende arbeidet. Det betyr at alle tjenesteytende enheter og andre som arbeider med barn og unge har et ansvar (LOV-1992-07-17-100, NOU 2009:22:16). Både Danmark og Sverige har tilsvarende bestemmelser og i begge land er det laget veiledere spesifikt på tematikken

3.3.1 Reformen på området barn og unge

Danmark

I 2011 ble ”Barnets Reform” iverksatt i Danmark. Reformen innebærer at kommunene får større ansvar for utsatte barn og

unge. I sammenheng med reformen ble det gjort endringer i Serviceloven og loven har som formål å sikre barns kontinuitet i oppveksten, et trygt omsorgsmiljø, personlig utvikling, understøttelse av skolegang, at barnets sunnhet og trivsel fremmes og at de forberedes på et selvstendig voksenliv (Servicestyrelsen 2011a). Det er utarbeidet og utgitt flere dokumenter som kan klassifiseres som pedagogiske styringsvirkemidler, for eksempel ”Håndbok om Barnets Reform”.

Dette er en nesten 400 siders bok som tar opp reformen i sin fulle bredde og gir instruksjoner til håndtering av nye lovbestemmelser, samt viser til god praksis på forskjellige felter som reformen omfatter, for eksempel tidlig innsats og tverrfaglig samarbeid, det som kalles barnefaglig undersøkelse, altså utredningen om barn som det er meldt bekymring om, plassering av barn, ettervern, utsatte barn og unge, rollen saksbehandlere og andre ansatte har overfor innbyggerne, kalt borgere, og hvordan de bør forholde seg til hverandre, samt hvordan det bør drives ledelse i ”den sociale sektor” (ibid). Kapitlene følger et mønster. Det presenteres først hva som er nytt med reformen, dernest hvordan dette er behandlet i serviceloven. Deretter går det mer detaljert inn på hva som kan gjøres angående temaet og hva som er den rådende kunnskapen på feltet. Det presenteres en verktøykasse med konkrete råd for hvordan målsettingen i kapitlet kan gjennomføres, det presenteres eksempler og til slutt vises det til hvor det er mulig å finne mer kunnskap om det angjeldende tema. Med boken kommer også en DVD om fokuspunkter i reformen.

Tidlig innsats innebærer at problemer skal oppspores, og at det er en skjerpet oppmerksomhet på bekymrende atferd eller bekymrende forhold ved og omkring et barn. Det er fagpersoner i barnehager, skoler og helse, men også andre offentlig ansatte, som kan være bekymret. Den tidlige innsatsen innebærer at fagpersoner avhjelper problemene og at dette gjøres gjennom en kvalifisert og koordinert innsats som gjennomføres på riktig tidspunkt (Servicestyrelsen 2011a:69).

I både Danmark og Sverige har fagpersoner meldeplikt hvis de opplever at de er bekymret for barn eller unge. I Sverige er dette til en nemnd, i Danmark inngår meldeplikten i det som kalles ”Det tverrfaglige SSD-samarbeidet” (Servicestyrelsen 2011b). Det er et samarbeid som skal forebygge og hjelpe utsatte barn og unge og

foregår mellom skole, SFO, helse, barnehager, fritidshjem og de myndigheter som har ansvaret for utsatte barn og unge. Meldeplikten er nedfelt i Servicelovens § 49 a som sier at:

Skole, skolefritidsordning, det kommunale sundhedsvæsen, dagtilbud, fritidshjem og myndigheter, der løser opgaver inden for området for udsatte børn og unge, kan indbyrdes udveksle oplysninger om rent private forhold vedrørende et barns eller en ungs personlige og familiemæssige omstændigheder, hvis udvekslingen må anses for nødvendig som led i det tidlige eller forebyggende samarbejde om udsatte børn og unge.

Kommunenes ansvar er klart beskrevet. Den myndighet som får meldingen har for eksempel seks dager på seg til å respondere og bekrefte at den er mottatt, de skal videre vurdere om det skal gjennomføres en barnefaglig undersøkelse etter lovens § 50. Den som har meldt bekymring har krav på å få tilbakemelding på om bekymringer har resultert i handling i sosialforvaltningen. Kommunen skal opplyse om det er iverksatt undersøkelser eller tiltak overfor barnet eller den unge (Servicestyrelsen 2011b:44-45). Det anbefales også at de som har meldt fra høres hvis det skal gjennomføres en barnefaglig utredning. Taushetsplikten gjelder, men den er underordnet plikten til å melde fra (Servicestyrelsen 2011a:78-79). En bekymring om ett barn kan bare tas opp i SSD-samarbeidet en gang.

For arbeidet med tidlig innsats er det laget en verktøykasse som inneholder flere konkrete metoder for hvordan det er mulig å intervensere. Disse presenteres kort i håndboken: SØM: Situasjon, Ønske, Midler, som er en oppskrift på hvordan skoler og barnehager kan forholde seg til barnas problemer i sitt daglige arbeidet (ibid:91). 24/7 som deler dagen inn i bolker og legger fast hvilke instanser, inkludert familien, som har ansvaret for barna og når i løpet av døgnet de har ansvaret (ibid:92).

BTI: Bedre Tverrfaglig Innsats som er det tiltaket som er ønsket iverksatt i Norge. Kort går det ut på at barn skal spores opp, at de skal sikres hjelp og det skal være kjent for barn hvor de kan henvende seg for å få hjelp. Modellen er en forståelsesramme som beskriver hvordan samarbeid kan tilrettelegges på tre nivåer i den kommunale organisasjonen, avhengig av hva som er barnas

problemer. Nivåene er den enkelte utøvende tjenesteenhet der barnet har et tilbud, koordinering mellom to eller flere enheter hvis det er nødvendig, og det tredje er at ansvaret for barnet og saken kan løftes opp på forvaltningsnivået og koordineres derfra. Det skal være en aktør, en stafettholder, som er ansvarlig for koordineringen av arbeidet og samarbeidet (ibid:93-94).

Det tverrfaglige og tverrsektorielle ansvaret for barn som er sporet opp ivaretas altså på to måter: den første ved at det etableres en stafettholder, dette er en person som har ansvaret for koordinering, og ansvaret kan løftes opp til et nivå over de involverte utøvende tjenester. Denne modellen beskrives nærmere senere.

Den siste modellen er en presentasjon av dokumentet ”Dialog om tidlig innsats” om meldeplikten offentlig ansatte har angående utsatte barn og unge i det såkalte SSD-samarbeidet (ibid:95). Dette er et samarbeid som det er laget modell for fordi den nye loven har opphevet plikten kommunene hadde til å ha en tverrfaglig gruppe eller team som skulle gjennomføre innsatser overfor barn og unge. Det er fortsatt et krav til at arbeidet skal være tverrfaglig og helhetsorientert, men det er overlatt hver kommune å bestemme hvordan det tverrfaglige arbeidet skal organiseres og gjennomføres (Servicestyrelsen 2011b). Denne veilederen går nøye gjennom hvilke situasjoner som kan lede fram til bekymring og hvordan ulike yrkesgrupper knyttet til ulike typer utøvende tjenester kan gå fram i sitt arbeid hvis de velger å ta bekymringene videre. Den tar opp opplysningsplikten og hvordan foreldre kan involveres angående ulike typer meldesituasjoner.

Norge

I 2004 reformerte norske myndigheter barnevernet, dvs. gjennomførte ”Forvaltningsreformen i barnevernet”. Det tidligere fylkeskommunale barnevernet ble flyttet opp til statlig nivå og barnevernets organisasjon ble endret. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet ble etablert, det ble etablert fem regionkontorer, samt at fylkesmannen fortsatt har sine oppgaver knyttet til barnevernet og det ble etablert 26 fagteam som ble knyttet til regionkontorene. Fagteamene er det viktigste bindeleddet mellom det statlige barnevernet og kommunene og er delvis etablert for å tilpasse den statlige organisasjonen til det svært varierte norske kommunebildet (Myrvold mfl 2011:133).

Kommunenes ansvar innenfor barnevernet er negativt avgrenset og de er ansvarlig for å utøve de oppgaver som etter loven ikke er lagt til et statlig organ (Barnevernloven §2-1). De har dermed ansvaret for å gi råd og veiledning, foreta undersøkelser og treffe vedtak om hjelpetiltak. Dette inkluderer tiltak i hjemmet. Kommunene har videre ansvar for å godkjenne og føre tilsyn med fosterhjem, de har ansvar for barn som er i institusjon selv om institusjonene nå er statlige, og de skal drive generell forebyggende virksomhet. Dette er nedfelt i lovens § 3-1 og etter denne bestemmelsen skal kommunene følge nøye med i de forhold barn lever under og utvikle tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og atferdsproblemer. I 2011 inngikk 137 kommuner i interkommunalt samarbeid om barnevern. Slike samarbeidskonstellasjoner er motivert av at barnevernet får en mer robust organisasjon og styrket kompetanse (Myrvold mfl. 2011). Rapporten peker på at økonomisk mer velstående kommunene er i stand til å ivareta et bedre forebyggende barnevernarbeid både i barnevernet og andre tjenester som helsetjenestene (helsestasjons- og skolehelsetjenesten), barnehage, skole og liknende, og at dette gjennomføres på en slik måte at behovet for å ta i bruk statlige barneverntiltak reduseres (Myrvold mfl 2011:128).

Kommunene må finne midler til sitt barnevernsarbeid innenfor de økonomiske rammene de har. Staten styrer dermed barnevernet gjennom sin myndighetsrolle, altså via fylkesmannen som også har en veilederrolle overfor kommunene, men også via pedagogiske styringsvirkemidler og det lages rundskriv, retningslinjer og veiledere. Slike dokumenter er ikke rettslig bindende for kommunene. Det styres også gjennom etatsrollen i form av å tilby kommunene kompetanse og bistand fra fagteam (Myrvold mfl 2011:66).

En av målsettingene for barnevernreformen var å utvikle et bedre samarbeid mellom kommunen og andrelinjetjenesten, og mellom barnevernet og tilgrensede tjenester (ibid:145). Også før denne reformen måtte kommunene forholde seg til eksterne instanser (fylkeskommunen) for å komplettere sitt barnevernsarbeid. Også tidligere evaluering av fagteamenes virksomhet viste at rollen som kontaktpunkt overfor kommunene har vært vanskelig for fagteamene å fylle (Rambøll 2008), og to av årsakene til dette har vært manglende kapasitet i kommunene og

svikt i helsetilbudet, både kommunalt og statlig (Gautun 2009). Selv om dette handler om kommunenes samarbeid med det statlige barnevernet som inntreffer når det oppdages alvorlig svikt i barns og unges leveforhold, gir det et bilde av det kommunale barnevernets situasjon: Tidlig intervensjon blir problematisk hvis kommunene har et uavklart forhold til det statlige barnevernet.

Helsetilsynet (2009) viser i sin rapport til at kommunene har store frihetsgrader i spørsmålet om hvordan samarbeid i og mellom tjenester skal tilrettelegges, organiseres og gjennomføres. Ut fra forsvarlighetskravet til tjenestene har de imidlertid en plikt til å tilrettelegge for samarbeid og forsikre seg om at ulike tjenester samarbeider. Det samarbeides på forskjellige måter: spontant når de profesjonelle ser at det er behov for at andre instanser involveres. Prosjektavhengig – det etableres prosjekter der samarbeid er tema når det finnes statlige eller øremerkede midler som kan finansiere det. Tilrettelegging av samarbeid der ledelsen er involvert. De to første formene for samarbeid anser tilsynet at ikke fungerer godt. Den første formen kan fungere i små og oversiktlige systemer, men anses å være for sårbar. Den andre formen anses som å være for uformelt og ikke i stand til å sikre kontinuitet i samarbeidet. Den tredje formen har som felles kjennetegn at ledelsen er involvert (Helsetilsynet 2008:12-13).

Tilsynet det refereres til er gjennomført i 114 kommuner og i 60 av dem er det ikke lagt til rette for, eller planlagt samarbeid er ikke gjennomført. Dette gjelder for små så vel som for store kommuner. Det er enten ikke etablert systemer eller styringsmessige tiltak, eller hvis det er etablert rutiner for samarbeid så følges de ikke (ibid:13).

Oppsummering

Den danske stat og Servicestyrelsen ser her ut til å gjøre et forsøk på å styre noen elementer ved tverrfaglig arbeid og tverrsektoriell samhandling. Dette gjøres ved bruk av lov og pedagogiske styringsvirkemidler. Loven er detaljert og gir retningslinjer for hvordan arbeidet skal gjennomføres ved blant annet å slå fast hva som er plikter og rettigheter for medarbeidere i kommunen knyttet til bestemte oppgaver. Også de pedagogiske virkemidlene er svært gjennomarbeidet og detaljert, og også de gir konkrete retningslinjer for hvordan medarbeidere i kommunene skal gå fram i konkrete tilfeller. De viktigste elementene som ønskes styrt ser ut til å være

de samme elementene som Baklien pekte på som hovedkilder til mistillit mellom ansatte i barnevernet på den ene siden og ansatte i skoler og barnehager på den andre i Norge, nemlig den helt grunnleggende betingelsen for samarbeid som er informasjon.

3.4 Iverksetting av BTI

Bedre tverrfaglig innsats startet som et prosjekt i regi av den danske Servicestyrelsen i 2006 og hadde som målsetting å finne fram til en virkningsfull modell for innsatser for utsatte barn og unge. I den danske sammenhengen er det barn med psykisk syke eller rusavhengige foreldre, som skal iverksettes på tvers av kommunale enheter. Prosjektet presenteres i en rapport utgitt av Servicestyrelsen i 2008. I presentasjonen pekes det på at det eksisterer mange gode modeller for samhandling i danske kommuner og at BTI ikke skal erstatte noen av dem, men heller supplere modellene som allerede er i bruk og tilpasses til lokale forhold (Servicestyrelsen 2008:11).

Modellen inneholder en forståelsesramme, en samarbeidsstruktur, veiledninger til handling tilpasset forskjellige yrkesgrupper, samt verktøy til å ta i bruk i oppsporing, vurdering, beslutning om og iverksetting av tiltak for det enkelte barn.

Forståelsesrammen

Barnets reform opphevet bestemmelsen om at det skal være et team som arbeider med sårbare barn og unge. I 2008, da publikasjonen om BTI utgis, er det fortsatt slik at kommunene er pliktige å ha et slikt team eller gruppe. Selv om teamet er en plikt, er forståelsesrammen for BTI preget av å formidle den tverrsektorielle karakteren arbeidet for utsatte barn og unge har. Det skal samarbeides på tvers av både faggrupper og sektorer og det skal sikres at de som er aktører i dette arbeidet har den nødvendige kunnskap og informasjon om hva som er de andres bidrag både rent faglig og praktisk. Felles målsetning bør etableres, alle skal vite hvem som har ansvar, hva som skal skje og når det skjer (Servicestyrelsen 2008:12). De tre nivåene som ble skissert over er en del av dette og er den praktiske utarbeidelsen av det tverrsektorielle arbeidet.

Det første nivået er den enkelte utøvende tjenesteenhet der barnet har et tilbud. På dette nivået kan det arbeides med problemer knyttet til barn og unge som ikke er veldig alvorlige, og som kan ivaretas ved den enkelte utøvende tjenesteenhet. Om løsningen kan ligge i den egne enheten slås fast etter at det er gjort en vurdering av de ansatte i enheten (ibid:12). Det er altså tenkt et forebyggende element inn i BTI.

Det andre nivået er koordinering mellom to eller flere enheter. Enheter skal koordinere sine tiltak, det skal arbeides etter felles målsettinger og man skal være oppmerksomme på andre aktørers innsats (ibid:13). Det kan se ut til at det her er meningen at enhetene selv skal vurdere når og med hvem de skal samarbeide.

Det tredje nivået er at ansvaret for barnet og saken kan løftes opp på forvaltningsnivået og koordineres derfra. Da involverer samarbeidet mange aktører og det er for eksempel besluttet å gjennomføre en barnefaglig vurdering av barnet. En saksbehandler eller en annen instans som kommunene utnevner overtar da koordineringen av samarbeidet (ibid:13). Det kan også her se ut til at beslutningen om å løfte det opp på dette nivået fattes av enhetene selv.

Samarbeidsstruktur

Den tverrsektorielle karakteren arbeidet har krever at det koordineres og til det legger BTI opp til at det skal utnevnes en ”stafettholder” og etableres en ”stafettlogg”. Stafettholderen skal være en person som utpekes og som følger barnet og dets familie gjennom forløpet av tiltak. Vedkommende skal sikre kontinuitet for dem det gjelder og sikre kontinuitet ved overganger i forløpet. Fordi det likevel kan skapes brudd i overganger skal stafettloggen dokumentere forløpet og arbeidet (ibid:14-15).

Stafettloggen dokumenterer forløpet omkring barnet. Den skal beskrive initiativer, vurderinger og beslutninger, samt presisere hvem som har ansvaret. Stafettloggen skal ha predefinerte handlingsalternativer for å sikre at det tas initiativ ved viktige punkter. Den skal også kunne brukes i dialogen med familiene, og foreldre og barn skal ha adgang til den. Stafettloggen skal sikre at det fattes gode og konkrete beslutninger som involverer de nødvendige aktører. Den skal sikre at nødvendig og planlagt koordinering gjennomføres og at det alltid er en ansvarlig. Videre

skal den sørge for at de involverte aktører har en klar fordeling angående rolle, ansvar og fordeling av kompetanse. Som siste punkt skal den skape et grunnlag for at også aktører som vurderes å ha behov for det, men som ikke har vært direkte involvert i arbeidet rundt barnet, skal kunne orientere seg om hva som skjer og hvor man er i prosessen (ibid:30-31). Loggen er altså ingen journal, dette understrekes også i anbefalingene om at det brukes et enkelt språk.

Enkelte medarbeidere i utøvende tjenesteenheter kan selv bestemme om det skal opprettes en stafettlogg. Da brukes den til å dokumentere oppsporingen som gjøres på bakgrunn av egen bekymring om at barnet eller den unge er i en utsatt posisjon. Det forutsettes at bekymringen diskuteres med enten kolleger eller leder (ibid:30). Organisatorisk kan loggen forankres i en hvilken som helst institusjon som har med barnet å gjøre.

Veiledning til handling

Gruppene som veiledes er:

- De som arbeider med barn og unge i alderen 0-18
- De som arbeider i behandlingsinstitusjoner for psykiatri og rus
- Helsepersonell i kommuner og sykehus
- Kommunalt ansatt personell som arbeider med voksne
- Kommunalt ansatt personell som arbeider med barne- og familiesaker
- Veiledningene er gitt i egne kapitler i BTTI-publikasjonen og de er eksemplifisert i forhold til de tre nivåene.

Verktøy

I 2008 er det lovpålagte teamet fortsatt det viktigste verktøyet for drøftinger av saker, både anonymiserte og med samtykke. Teamet er også viktig for spørsmålet om å gjennomføre uformelle og generelle diskusjoner av barnets situasjon (ibid:25). Samtidig går det noe dypere ned i andre typer verktøy som hvor viktig det er og hvordan man kan gå fram for å få samtykke fra foreldre. Det gis veiledning til diverse typer samtaler som skal gjennomføres og det gis mal for hvordan et nettverkskort kan se ut. Men det ser ut som

om det viktigste for tverrfaglig samarbeid er at det gis et standard skjema for hvordan koordineringsmøter kan gjennomføres. Skjemaet tar for seg alle punkter som kan tenkes inkludert på dagsorden for et slikt møte fra presentasjonsrunden via orientering om tiltak og drøfting av handlingsalternativer til etablering av målsetting for det tverrfaglige arbeidet i det konkrete tilfellet og avslutning som er å gjennomgå planen som møtet har lagt. Det anbefales også hvem som skal være møteleder og ikke uventet er det stafettholderen, og at stafettloggen oppdateres før neste møte (ibid. 93-94).

Detaljeringsnivået på selve det tverrfaglige arbeidets organisering er altså svært høy. Eksistensen av et pliktig team kan være årsaken til at beslutninger om å løfte tiltak for utsatte barn og unge ut av den enkelte utøvende tjenesteenhet og over i et samarbeid på nivå to eller tre, ikke er videre problematisert i veilederen fra 2008. Nå er det imidlertid SSD-samarbeidet som er den rådende metoden for koordinering.

Iverksetting

Det er et eget kapittel om iverksetting av samarbeidet. Der pekes det på at det bør være både politisk og administrativ støtte for samarbeidet. Videre bør det etableres en styrings- og ressursgruppe som har bred representasjon. Gruppen kan enten være en permanent ressursgruppe eller som en styrende, planleggende og koordinerende enhet for iverksettingsperioden. Det er altså ikke det pliktige teamet det refereres til her. Gruppen bør etableres på region- eller kommunenivå (ibid:117). Veilederen gir videre helt konkrete anbefalinger til hvem som bør sitte i en slik gruppe og at det er med representanter for det tverrfaglige teamet, samt at eksterne samarbeidspartnere inviteres inn. Den gir også detaljerte anvisninger til hvilken kompetanse gruppen bør besitte, og til hvilke institusjoner som skal utpeke nøkkelpersonell som skal ha kontakt med gruppen. Styrings- og ressursgruppen skal særlig ta stilling til hvordan det tverrfaglige arbeidet kan ”kjedes” sammen med kommunens øvrige politikk på området, altså de politikkfelter dette grenser opp mot, samt hvordan eksterne ressurser kan benyttes (ibid:118-119). Deretter skal gruppen gjennomgå og ta stilling til hvordan de ulike elementene i samarbeidsmodellen kan tilpasses den eksisterende organisasjonen på området og om hele

eller bare deler av modellen skal iverksettes. Det bes altså eksplisitt om at gruppen tilpasser modellen til lokale forhold (ibid:120).

Gruppen skal også gi et overblikk over de relevante tilbud kommunen eller regionene har som kan bidra til en forsterket innsats overfor barn og unge. Det sier tydelig at kontaktopplysninger skal inngå og det gis anbefalinger på hvilke typer tiltak som bør inngå. Det gis en mal til beskrivelse av tiltak som kan bringes inn. Denne er detaljert (ibid:122). Veilederen gir avslutningsvis en oversikt over hvordan arbeidet kan evalueres. Det starter med en oversikt over hva som er målene med arbeidet og hva som anses som suksesskriterier. Et av kriteriene er for eksempel at det arbeides etter felles mål på tvers av kommunale og regionale myndigheter, evt. andre som leverer tiltak inn mot barn av mentalt syke eller rusmisbrukende foreldre (ibid:130). Det gis detaljerte maler for hvordan det kan gjennomføres spørreundersøkelser og intervjuer med medarbeidere som fokuserer på suksesskriteriene, samt hvordan det kan rapporteres (ibid:134-138).

Evaluering av prosjektet om tverrfaglig samarbeid

Iverksettingen av Barnets Reform medførte at det ble satt av midler til å styrke det tverrfaglige samarbeidet og det ble satt i gang et prosjekt for å utvikle metoder for tverrfaglig samarbeid som kunne støtte kommunenes implementering av reformen. I prosjektets oppstartsfase ble det kartlagt hvilke modeller for tverrfaglig samarbeid landets 98 kommuner opererte med og det ble gjennomført casestudier i 18 kommuner. I casestudiene var det viktig å få fram suksessfaktorer mht iverksetting, forankring, organisering og hvordan spørsmål som foreldresamarbeid ble håndtert (Socialstyrelsen 2012a). Utgangspunktet for problemstillingen er at det er mye fokus på tverrfaglig samarbeid.

Som nevnt over har det vært nedfelt i lov som plikt for kommunene til å etablere et team. Likevel har det vært vanskelig å finne robuste og velfungerende samarbeidsformer. Det har også vært vanskelig å få prosjekter til å overleve i overgangen mellom prosjekt og inkluderingen i ordinær kommunal drift. Derfor skal tverrfaglig samarbeid bli en del av alle involverte tjenesteenheters kjerneaktiviteter, det skal ikke vurderes kun som en perifer sideaktivitet. Det innebærer også at det skal settes av ressurser – både personell- og ledelsesressurser – slik at samarbeidsformer kan

utvikles (ibid:8). Samarbeidsmodeller, sies det videre, er en del av en strategisk, organisatorisk og faglig kontekst, de er kontinuerlige og de varer over tid. Kartleggingen har tatt for seg tre organisatoriske nivåer: mikro, som dreier seg om metoder og verktøy, meso, som er det organisatoriske nivået og makro, som er den overordnede strategiske rammen det tverrfaglige samarbeidet inngår i (ibid:9).

Hovedinntrykket er at det er stor variasjon i hvordan kommunene har løst spørsmålet om tverrfaglig samarbeid. Det varierer også hvordan de løser spørsmålet om å identifisere barn og unge som er i en utsatt posisjon, altså de konkrete redskapene de bruker for å identifisere dem. Det varierer også hvilke handlingsveiledninger kommunene har utarbeidet for å gjennomføre tiltak overfor de barn og unge som identifiseres som å være i en utsatt posisjon. Mange har laget veiledninger som er inspirert av BTT. Hovedtrekkene i slike veiledninger er at det benyttes et verktøy for identifisering, det samtales med foreldre og lages avtale, det holdes dialogmøter, det er laget et skjema for å informere andre tjenesteenheter som bør involveres, det er laget samtykkeskjema, det veiledes for å gi støtte til barnet i hverdagen, et er dagsorden for tverrfaglige møter, det etableres en stafettlogg og det er utviklet en sjekklister for å evaluere (ibid:13-18). Andre kommuner har laget håndbøker for tverrfaglig samarbeid og gir innføring i hva som er risiko- og beskyttelsesfaktorer for barn og unge, samt at de redegjør for tiltak medarbeidere i kommunen kan sette i verk ved bekymring. Kommunene er i all hovedsak fornøyde med sine valgte modeller for handling. BTT-kommunene ble framhevet spesielt fordi modellen ga gode muligheter for å strukturere handlinger (ibid:19-21).

I det tverrfaglige arbeidet benytter de fleste kommuner et mellomledd mellom tjenesteenhetene og det som kalles de "tverrfaglige innsatser". Noen kommuner har utdannet nøkkelpersonell for å ivareta denne funksjonen, andre har etablert et team som enten har konkrete funksjoner, de er rådgivende eller de har myndighet. Det skisseres en situasjon der det er tilgang på kompetent personell. For eksempel har en kommune i utvalget et team på hver skole bestående av helsesøster, psykolog og sosialrådgiver (ibid:23-25).

For det konkrete tverrfaglige samarbeidet vises det til at det kreves at noen har kompetanse på å planlegge og tilrettelegge for møtene. Det er også en fordel hvis teamet har beslutningsmyndighet. Møtene bør også følge faste prosedyrer. I den forbindelse hadde flere kommuner maler for møter som det ble anbefalt å følge, mens andre hadde faste dagsordener som det var pliktig å følge (ibid:26). Mange kommuner hadde som fast praksis at foreldre ble invitert til å delta i de tverrfaglige møtene (ibid:31). Noen kommuner inviterte barn og unge til møter der deres sak ble behandlet (ibid:42). Det framstår som sentralt for et vellykket tverrfaglig samarbeid at det er laget rutiner for skriftlighet, for eksempel for referater fra møter, men at det i slik skriftlighet er regler for hvilke opplysninger som kan gis. Evalueringen viser at denne skriftligheten ivaretas av stafettloggen, men at loggen ikke er tilstrekkelig støttet av IT-systemene som kommunene benytter. Det finnes ikke noe spesielt system som ivaretar de krav til sikkerhet som et slikt dokument krever og det må derfor sendes per post, enten som sikker e-post eller vanlig post (ibid:53-57).

Sosialrådgivere på skoler kan fungere som et tverrfaglig bindeledd spesielt mellom skolen og sosialforvaltningen. Det påpekes at de gjennom sin utdanning i metodikk for samtaler med barn og unge og deres foreldre, noe som medfører at de kommer tidlig inn i prosesser med utsatte barn og unge, gjør rollen egnet som mellomledd og koordinator. Det ses som en fordel at sosialrådgivere arbeider på skoler og ikke i forvaltningen. De blir synlige gjennom å være tilstede, spesielt på lærerrommene. Det påpekes også at en god bruk av sosialrådgivere forutsetter at de har ledelsesstøtte og at ledelsen har fokus på det arbeidet de driver. Det er nødvendig for å sikre kontinuitet at det er faste møter enten på skolene (meso-nivå) eller høyere i systemet (makro-nivå) som sørger for at sosialrådgivernes arbeid prioriteres. Noen kommuner ga sine sosialrådgivere beslutningsmyndighet til å opprette saker, de er også i noen kommuner gitt mulighet til å gi anonyme råd og veiledninger i saker som kan bli opprettet. Slike råd kan gis til barn og unge, deres foresatte samt til representanter for skoler og sosialforvaltning, i de to siste tilfellene kalles det "sparring" (ibid:61-69).

Selve det tverrfaglige samarbeidet løses på forskjellige måter alt ettersom hvordan kommunene er administrativt organisert. Noen har for eksempel reorganisert på en slik måte at de ikke lenger har

noen forvaltning. Da må det tverrfaglige samarbeidet forankres i en tjenesteenhet, mens andre tjenesteenheter kan være samarbeidende parter. I de tilfeller flere enheter samarbeider er det etablert en styringsgruppe. En viktig dansk erfaring er at tverrfaglig samarbeid må forankres på en slik måte at det skaper samarbeid mellom faglige ledere. De som har hatt manglende ledelsesstøtte har slitt mye mer med å iverksette samarbeidet. De enheter som skal delta i samarbeidet bør også være representert med sine ledere i en eller annen form for formell ledelse (ibid 71-72).

Det er noen trekk ved organisering som har vist seg å være svært viktige for å iverksette det tverrfaglige samarbeidet. Ikke alle disse trekkene er til stede i alle prosjektene, og med unntak av det første kan det variere. Det første trekket er at prosjektene har ledelsesstøtte og at denne er formalisert og løftet vekk fra enkeltpersoner på en slik måte at samarbeidet ikke er avhengig av enkeltpersoner. Dette kan gjennomføres ved å lage en styringsgruppe der lederne for involverte enheter sitter. Ledelsesstøtte impliserer også at den øverste ledelsen i kommunen er støttende for prosjektet. Styringsgruppene bør komme i gang med arbeidet tidligst mulig etter etablering. Derneft er det viktig at det utarbeides en handlingseveiledning som ikke er for lang og detaljert, det kan gjerne være en tilpasning av BTI-veiledningen. Møter bør være faste og formelle, være strukturerte og målrettede mot problemstillingene. Det har også vist seg vellykket å etablere egne stillinger som kan fungere som brobyggere mellom enheter. De som skal delta i det tverrfaglige arbeidet bør enten ha egnet utdanning eller få etter- og videreutdanning som kan dekke opp utdanningsbehovet. Utdanning bør fokusere konsultativ metode og prosessledelse, veiledning og diverse coaching-elementer. Hvis det anses som spesielt viktig at en avdeling eller tjeneste spesielt deltar i det tverrfaglige samarbeidet bør samarbeidet med denne avdelingen være forpliktende og avtalesfestes. Det bør rettes oppmerksomhet mot hvordan de som arbeider nede i organisasjonene, og spesielt hvordan bakkebyråkratene får tilført informasjon og kunnskap. Denne gruppen bør ha et eierskap til samarbeidet. Prosesser må dokumenteres og evalueres (ibid:73-78 og 89-100).

3.5 Iverksetting av tiltak i Norge

I 2007 laget Helsedirektoratet et forslag til nasjonal strategi for tidlig intervensjon på rusområdet. Denne slår fast at det trengs mer kunnskap både om hvor stor risikogruppen er og om hva som er god identifikasjon og god intervensjon, samt om samordning og koordinering av innsatser i hjelpeapparatet og iverksetting av tiltak (IS-1455:29-30). Angående samhandling påpekes det at de gode grepene mangler, selv om det foregår noe, for eksempel SLT-samarbeid, som modeller kan bygges rundt. Angående implementering tenker man seg at det er programmer for forebygging som skal implementeres, samtidig som det skal være de ”enkle og lett anvendelige grepene”. Det fokuseres på den enkelte aktørs forståelse av eget mandat for inngripen, samt handlingskompetanse (ibid:30).

Dette dokumentet er skrevet på et tidlig stadium i det norske arbeidet og det understrekes at det ikke foreligger kunnskap om hvordan det kan gjennomføres. De viktigste arenaene for å identifisere utsatte barn og unge defineres imidlertid som de arenaene der barn ferdes og hvor foreldre er synlige, eller arenaer der ”ungdom i sviktsonen” ferdes. Det nevnes spesielt offentlige tjenester som skole, SFO, barnehage, helsetjenesten og fritidsklubber, samt det offentlige rom. Medarbeidere i de tjenesteytende enhetene blir da det viktigste personellet (ibid:31-33).

Det kan se ut til at det var et ledd i utviklingen av kunnskap som Helsedirektoratets rapport la opp til, da Sirius i 2009 evaluerte et kompetansehevingstiltak som var gjennomført av Borgestadklinikken (Baklien og Wejden 2009). Tiltaket fokuserte på de områdene Helsedirektoratets rapport nevnte og delmål var å

- «Utvikle en modell som koordinerer innsatsen mellom de som møter barn som utsettes for rusmisbruk i familien og de som møter foreldre med eget rusmisbruk
- Endring av rutiner som sikrer kontinuitet ved at fokus og adekvat hjelp til barn av rusmisbrukere forankres som en del av daglig drift
- Økt kompetanse om rus og konsekvenser av foreldres rusmisbruk hos nøkkelpersoner i sosialtjenesten,

skolehelsetjenesten, barnevern, skoler og barnehager»
(ibid:14)

Evalueringen avdekket at det var behov for kompetanse både om identifisering av utsatte barn og unge og om aktuelle handlinger overfor de barn og unge som ble identifisert. Dette tolkes dit hen at det er handlingskompetansen til medarbeidere i aktuelle enheter som trengs å styrkes (ibid:32). I kartleggingsundersøkelsen som klinikken gjorde før prosjektet ble startet opp og som fungerer som en baseline for evalueringen, avdekkes det kompetansebehov som er forholdsvis like de som den kvantitative kartleggingen i dette prosjektet kunne vise til: nemlig at medarbeidere ønsker ”mer kunnskap om det meste”, inkludert kunnskap om samarbeid med andre enheter (ibid:33). For å dekke inn kompetansebehovet angående handling laget prosjektet en handlingsveiledning modellert etter en tilsvarende dansk veiledning. Det ser ut til at deltakerne på kurset oppfattet det som positivt og at de lærte mye om å identifisere barn og hvilke handlingsmuligheter det kan være, men at de oppfattet det dit hen at de lærte lite om samarbeid og koordinering (ibid:47-60).

Arbeidet med rapporten avdekket at barnehager og skoler sjelden sender bekymringsmeldinger til barnevernet (ibid: 28). Noen av poengene omkring dette, samt mer generelt om samarbeid og koordinering, er siden videreforedlet i en artikkel som peker på at det eksisterer to barrierer for samarbeid. Den første er det konkrete og fysiske som ressurser og avstand. Hvordan instanser forholder seg til taushetsplikten inngår i dette. Den andre er ”bildene av de andre” og hvilke implikasjoner forholdsvis stereotype bilder av andre tjenester og hva de, i gitte situasjoner, gjorde med tilliten mellom både de ulike tjenesteutøvende enhetene og deres medarbeidere (Baklien 2009). Dette tyder på at den grunnleggende informasjonen om hva andre enheter gjør ikke er til stede og at det var en mangel på systemer for koordinering. Det ble med andre ord avdekket om lag den samme situasjonen i 2009 som i dag angående samarbeid og koordinering. Det er uklart i hvilken grad evalueringen skulle bidra inn mot målsettingene i prosjektet.

I 2009 gjennomførte NOVA en undersøkelse som tok opp spørsmålet om bekymringsmeldinger fra barnehage til barnevern. Med utgangspunkt i SSBs barnevernsstatistikk spørres det i

rapporten i hvor stor grad og under hvilke betingelser barnehager sender bekymringsmelding. Før det går nærmere inn på hvorfor spørsmålene skrives det litt om hva en bekymring er, hvordan bekymringer kan avklares og hvordan det kan arbeides med å fatte beslutninger om hvilke tiltak som skal iverksettes. Forespørsel om å delta i undersøkelsen ble sendt til 588 barnehager i 39 kommuner fordelt på alle regionene. Det kom 563 svar. De fleste barnehagene hadde rutiner for å sende bekymringsmelding, enten skriftlige eller ikke-skriftlige, men de ble ikke nødvendigvis tatt i bruk (Backe-Hansen 2009:35). Backe-Hansen finner altså i stor grad det samme som Helsetilsynet – at kommunene enten ikke melder fra eller at de ikke tar i bruk sine egne rutiner.

Undersøkelsen er også opptatt av i hvilken grad barnhagene har kontakt med andre tjenester, dette blir vurdert som en indikator på samarbeid. Under halvparten deltok på tverrfaglige møter hver måned eller sjeldnere. Slike møter oppfattes som positive. Mange barnehager fikk også veiledning fra andre tjenester som PPT, psykisk helse og fysioterapitjenesten (ibid:40). På et spørsmål om barrierer for å melde fra kommer Bakliens poeng om manglende tillit og bilder av de andre fram, mangel på informasjon om hvordan det går med saken videre oppgis av like i underkant av 76 % som grunn, og en antakelse om at melding til barnevernet kan gjøre samarbeidet med foreldrene vanskelig oppgis av 72 % (ibid:44). Barnevernstjenesten oppfattes også som vanskeligere å samarbeide med enn andre tjenester og barnehagestyrere ønsker mer kompetanse (ibid:45). Resultatene fra denne undersøkelsen danner grunnlag for noen av konklusjonene i St.meld. nr. 41(2008-2009) og et lovforslag om at barnevernet skal gi tilbakemelding til de som har opplysningsplikt til barnevernet hvis det åpnes sak og ny tilbakemelding når undersøkelse er gjennomført. Det ble også satt i gang et arbeid med å utvikle en veileder og en DVD om samtaler med barn

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-41-2008-2009-/13.html?id=563970>

I 2009 publiseres det en artikkel i Norges Barnevern som er en systematisering av et forsøk med meldingsmøter i en hjelpetjeneste i Trondheim. Den viser til at selve meldingsmøtet, som avholdes når barnevernet har mottatt en bekymringsmelding, er vellykket i seg selv. Utover barnevernet involverer møtet den tjenesten eller enkeltpersonen som har levert melding, barnet eller den unge, hvis

det er mulig, og foresatte. Meldinger diskuteres helst åpent, men kan også diskuteres anonymt. Det identifiseres noen suksessfaktorer som er: Møteledelse – tydelighet, struktur, respons, ivaretagelse (servering både til voksne og barn/unge). Referent – referere det deltakerne sier med deres ord. Oppsummering ved møteslutt. Møtet skaper samspillpartnere. Møteforberedelser – alt er klart til møtet starter. Tydeliggjøring og åpenhet – det som sies skrives på flippover slik at alle ser (Jacobsen 2009).

I 2011 evaluerer NOVA et samarbeidsprosjekt mellom Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet og Kommunesektorens organisasjon KS som heter ”Sammen for barn og unge – bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge”. I prosjektet deltok 15 kommuner og evalueringen omfatter seks av dem. Målsettingen med prosjektet var å systematisere endringer og forutsetninger for endringer i tverrfaglig- og tverretatlige samarbeidet i forsøkskommunene, samt får fram hva som kan være suksessfaktorer for tverrfaglig og tverretatlig samarbeid (Winsvold 2011:15, 103). Det går systematisk gjennom arbeidet i kommunene som inkluderes i undersøkelsen med fokus på samarbeid.

De mest sentrale suksessfaktorene ser ut til å være informasjon og åpenhet mellom deltakende tjenesteenheter. Det bør legges til rette for at medarbeidere får kunnskap om samarbeidende enheters arbeidsoppgaver, rutiner og lovverk. For å skape tillit mellom enheter som bør samarbeide, framstår informasjon som et av de viktigste suksesskriteriene. Dernest er det etablering av felles arenaer der det er mulig å få kunnskap om andre enheters arbeid samt at man diskuterer seg fram til felles forståelser. De som skal samarbeide bør møtes for blant annet å skape en ”vi-følelse” som styrker motivasjonen til å samarbeide. Personlige relasjoner framheves, det gjør også det sosiale aspektet og det at samarbeidende parter kjenner hverandre. Et annet viktig suksesskriterium er etablering av formelle rutiner for samarbeid. Det bør være en fast struktur, tydelig ledelse og rutiner for samarbeid. Dette kan være tverrfaglige team, men bare der rollen slike team skal ha er avklart. Møter bør for eksempel ha sakslister. Medarbeideres og lederes roller avklares enklest i faste møter som har tydelige rammer og metodikk. Slike faktorer kan beskrives og nedfelles i internkontrollsystemer og det kan se ut til at samarbeid bør være kontinuerlig og at det ikke er behov i enkeltsaker som

styrer samarbeidet, dvs. det bør fastlegges på systemnivå, ikke på individnivå. Samarbeidet bør dermed forankres hos ledelsen og ledelsen bør ha forventinger til individuelle medarbeidere om at samarbeid faktisk foregår. Dette viser det seg enklest å få til der tjenester er samlokaliserte enten i familiesenter eller på andre måter. Et siste suksesskriterium er at det er muligheter for kurs og annen oppdatering av kompetanse (ibid:32-108).

Rapporten er evalueringen av et prosjekt, og ikke uventet viser det seg vanskelig å implementere et tydeligere tverrfaglig og tverretattlig samarbeid der det er lite kapasitet i tjenestene. Likevel framstår det som en prosess der tverrfaglig samarbeid utvikles i alle deltakende kommuner. Samtidig framkommer det at det er den mest grunnleggende faktoren for samarbeid som fortsatt mangler, nemlig informasjon. Dette dreier seg både om informasjon om andre enheters arbeid, spesielt barnevernet, samt informasjon og kunnskap om hvordan tverrfaglig og tverretattlig samarbeid drives. For å imøtekomme denne siste utfordringen hadde noen kommuner laget håndbøker i tverrfaglig samarbeid, eller det som ble kalt praksishåndbok, uten at slike så ut til å bli brukt i særlig grad. Ansatte oppgav at de ikke hadde kjennskap til dem. De ønsket seg verktøy de kunne bruke i relasjonen med brukerne (Winsvold 2011).

På bakgrunn av norsk og svensk kunnskapsoppsummering, IS-1455 og handlingsveiledningen som var resultatet fra forsøket ved Borgestadklinikken, laget Helsedirektoratet en veileder til ledere og medarbeidere i kommunene angående tidlig intervensjon på rusfeltet. Denne retter oppmerksomheten sin mot kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer, medarbeideres forståelse av egen rolle og kjennskap til rutiner og prosedyrer i egen og andre enheter. Som vi skal se er det svært få ledere og medarbeidere i pilotkommunene som kjenner til denne (IS-1742).

I 2009 gir Barneombudet ut antologien *Barn*. Der er det artikler som tar opp barnevernets rolle og spesielt artikkelen til Føllesø er instruktiv mht til barnets beste, barns rett til å bli hørt og det å snakke med barn, samt hva som er barnevernets og hva som er samfunnets ansvar overfor barn. Artikkelen presenterer barnevernet som tjeneste for et bredere publikum og bygger trolig på en bok skrevet i 2006 *Sammen om barnevern. Enestående fortellinger*,

felles utfordringer. Den er gitt ut på Universitetsforlaget (Follesø 2009).

I 2009 kommer det en doktorgrad som tar opp hva helsesøstre gjør med de bekymringene de har for barn som de tror ikke har det bra. Helsesøstre meldte på det tidspunktet i liten grad bekymringer til barnevernet, de hadde også lite kunnskap om vold og omsorgssvikt. Ved bekymring tok de i bruk uformelle handlingsstrategier og har en ikke-intervenerende praksis som de begrunner med at helsestasjonenes arbeid er tuftet på frivillighet og tillit. Det ser også ut til at manglende kunnskap om og kommunikasjon med barnevernet er en medvirkende årsak til at helsesøstre sjelden melder saker til barnevernet (Neumann 2009).

I 2011 publiserer Norges barnevern en artikkel om tjenesteyteres samarbeid om barn og unge. På bakgrunn av et komplisert metodisk inntak og analyseskjema kommer forfatterne fram til at det er 8 suksesskriterer for samarbeid. Fire er relasjonelle: Gjensidig respekt, likeverdighet, god dialog, deriblant også åpen kommunikasjon, og felles innsats. Fire dreier seg om planlegging av det tverrprofesjonelle samarbeidet og er: God møteledelse, felles mål og felles enighet, dele kunnskap og til sist at det er klare roller og at ansvar er fordelt (Ødegård og Willumsen 2011).

I 2012 publiserte SIRUS en rapport bestilt av Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og som var en evaluering av et opplæringsprogram for tidlig intervensjon. Opplæringsprogrammet var et kartleggingsverktøy som det viste seg vanskelig for helsesøstre å ta i bruk blant annet fordi det krevde tverrfaglig samarbeid som det ikke ble lagt til rette for. Selve verktøyet viste seg heller ikke å fungere godt fordi det var uklart om det skulle avdekke problemer eller risiko for å utvikle et problem (Snertingdal 2012).

I 2013 publiseres det en artikkel om interkommunalt samarbeid i barnevernet, også i Norges barnevern. Det er sendt spørreskjema til medarbeidere i barnevernet i tre vestlandfylker og 424 medarbeidere svarte på skjemaet. Ved siden av å presentere holdninger til interkommunalt samarbeid viser den også til hvilke instanser medarbeidere i barnevernet samarbeider mest med og hvordan de oppfatter sin kompetanse. Ikke uventet samarbeides det mest med skole, deretter med det statlige barnevernet, barnehager, helsesøster, BUP og PPT. Forfatterne finner at det

samarbeides mest i små kommuner og at samarbeidet bygger på uformelle kontakter, altså at det foregår på individnivå. Videre viser artikkelen til at medarbeidere i barnevernet selv oppfatter at kompetansen de har til å løse problemer ikke er veldig god (Heggen mfl 2013).

I tidsskriftet *International Journal of Integrated Care*, som er et såkalt "open acces"-tidsskrift, publiseres det i 2013 en svensk artikkel om hvordan foreldre opplever ulike offentlige instansers samarbeid om deres barn. Kvaliteten av kontakt mellom foreldre og profesjonelle er avhengig av de profesjonelles tilgjengelighet, for eksempel svar på henvendelser og kontakt fra den profesjonelle til forelderen, informasjonen foreldre får om behandlingsmuligheter, om hva som er profesjonelles rolle i situasjonen, informasjon om møter etc. spesielt om de avlyses, samt at de profesjonelle er forberedt til møtene. Den tredje faktoren for kvalitet er i hvilken grad foreldre opplever at profesjonelle er medfølende og tar foreldres situasjon alvorlig, samt er åpne og dedikerte til deres situasjon og barn, og viser forståelse. Det er også viktig for foreldres opplevelse av kontakten at profesjonelle oppleves som dyktige og viser sin dyktighet gjennom sine holdninger og handlinger. En spesielt viktig observasjon i vår sammenheng er at profesjonell koordinering var et viktig element i foreldres opplevelse av kvalitet i kontakten. Dette dreier seg om at profesjonelle fra ulike instanser kommuniserer med hverandre om deres sak, samt at felles møter er forberedt, at alle høres på, også foreldre, og at det er klare strukturer for møter, samt at det er tydelighet og kontinuitet i hvilke profesjonelle som møter. Når profesjonelle koordinerer kan foreldre være foreldre og ikke administratorer (Widmark mfl 2013).

3.6 Bekymringsblikket

I deler av den danske litteraturen er det brukt plass på å gjennomgå hvordan det tverrfaglige arbeidet knytter seg an til etablerte sosialfaglige begreper. Det ble påpekt at fordi det skjedde et skifte fra å snakke om barn med problemer til det å ha bekymring for et barn, så skjedde det også et skifte til å ha en ressursorientering. Dette gjorde det enklere å nærme seg foreldre og ikke minst ble det et fokus på barn og unges nettsverksressurser. Det fikk også oppmerksomheten vekk fra det som ble kalt en "negativ sosial

arv”, et begrep barnets reform lenge opererte med, og medførte at de offentlige instansenes blikk ble løftet over til risiko- og beskyttelsesfaktorer (Socialstyrelsen 2012:84).

Det er likevel brukt litt tid på å søke etter forskningsbasert litteratur om det som kalles ”bekymringsblikket”. Spørsmålet som stilles er om det kan være positive og negative uintenderte konsekvenser av at programmer som Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI) eller tidlig intervensjon iverksettes i tjenester til barn og unge. For eksempel kan det være nyttig å ha indikasjoner på om et sterkt fokus på tidlig innsats kan vri både det pedagogiske og det helsemessige blikket for mye mot bekymring og problemer heller enn å opprettholde et fokus på funksjon og ”normalitet”.

Erik Henningsen skrev i 2009 en innsiktsfull artikkel i Tidsskrift for ungdomsforskning der han brukte benevnelsen bekymringsblikket om prosesser han ble vitne til i oppsøkende ungdomsarbeid. Han så at bruk av dokumentasjonsverktøy kunne medføre at de som arbeidet i den oppsøkende virksomheten dramatiserte observasjoner de gjorde av ungdom og at ungdom, uten at det er grunnlag for det, klassifiseres som marginale og tilhørende risikogrupper. Det er videre interessant i denne artikkelen at det brukes begrepet ”logg” om notatene eller feltrapportene de som arbeider i oppsøkende virksomhet lager og at loggen ble brukt til å notere ned observasjonene i en ”bekymret” språkdrakt. Faren er, skriver Henningsen, at avviks- og problemtilstander framheves og at det i kombinasjon med klassifiseringen ”risikoungdom” kan medføre at ungdommenes framtoning for omgivelsene endres. På denne bakgrunn anbefaler forfatteren at det etableres regler og prosedyrer som begrenser hva som kan noteres, og at det kan etableres journaler med ungdoms samtykke (Henningsen 2009).

I tilknytning til barnets reform har for eksempel Møller og HARRITS (2013) funnet grunn til å stille spørsmål ved grunnlaget for oppfatningene de profesjonelle gjør seg om barn de mener er i risiko. De knytter sin analyse an til begrepet om negativ sosial arv, som ble brukt i reformens tidlige faser, og spør hvilke sosiale kategorier det legges opp til at de profesjonelle skal ta i bruk når de observerer barn og unge og konstruerer målgruppene for risiko. De er opptatt av hvordan vi kan sikre oss at kategoriene ikke baseres i rådende oppfatninger som ikke nødvendigvis er faglig

begrunnet og hvordan grensene dras mellom det som betraktes som risiko og det som betraktes som normalitet. Og hvis noe betraktes som risiko – hvordan skal det håndteres. Flere innfallsvinkler kan tenkes og de kan ha både positive og negative utganger for familiene det angår. Tidlig intervensjon kan også plassere familier og deres barn i kategorier vi faktisk ikke vet om de egentlig hører hjemme i, nettopp fordi det er tidlig intervensjon og den fulle kunnskapen om noe faktisk er et problem ikke er tilstede (Møller og Harrits 2013).

3.7 Oppsummering av dokumentstudien

Det er trolig ikke gjennomført så mange forskningsbaserte evalueringer av tidlig innsats rettet mot barn og unge som er i en sårbar situasjon. I tilfeller der barnevernet er involvert er det i Nordiske land gjennomført noen og i hovedtrekk er det slik at systemisk terapi oppfattes som vellykket. En studie, som ikke er en evaluering av tiltak, men regnestykker på bakgrunn av reelle skjebner, peker på at tidlig intervensjon vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Eksemplene som er brukt er problemer som har utviklet seg slik at arbeidslivsdeltakelse ikke kunne gjennomføres, samt at det har vært store kostnader til sosialhjelp og annet.

Det er gjennomført forsøk angående tverrfaglig samarbeid på tjenestenivå spesielt i Danmark og Norge. Det som kan pekes på som suksesskriterier for at samarbeidet skal være vellykket finnes på flere nivåer: Institusjonelt-, organisasjons- og individnivå.

På institusjonelt nivå er det tverrfaglige samarbeidets forankring både politisk og administrativt av betydning. Det bør fattes politisk vedtak om at slikt samarbeid prioriteres i den kommunale organisasjonen fordi det blant annet krever ressurser brukt på selve det tverrfaglige samarbeidet og opplæring av medarbeidere som skal ha særskilte roller og andre. På institusjonelt-, men også organisasjonsnivå, er ledelsesstøtte for prosjektene en viktig suksessfaktor. Hvis politiske og administrative beslutninger ikke har støtte på enhetsledernivå, taper prosjektet i iverksettelsesprosessen. Når Helsetilsynets rapport fra 2008 viste at det er laget rutiner i mange kommuner, men at de ikke tas i bruk, kan dette skyldes at det tverrfaglige arbeidet ikke har den nødvendige støtten for å bruke de ressursene det faktisk krever.

På organisasjonsnivå er iverksettelsesprosessen kritisk nettopp fordi tverrfaglig samarbeid krever at det brukes ressurser på det. Det skal etableres rutiner i organisasjonens arbeidsformer som tar hensyn til samarbeidet og det skal avholdes møter. Rutinene bør omtale selve prosessen med å identifisere barn og unge som er i en utsatt situasjon og fokusere på risiko- og beskyttelsesfaktorer. Dernest på hva som skal gjøres hvis det vurderes dit hen at et barn eller en ung faktisk er i en utsatt situasjon. Hvem skal det tas kontakt med og hvordan bør avklares og bekjentgjøres for alle aktuelle medarbeidere. Det må også lages rutiner for hvordan medarbeidere forholder seg til regler, beslutning om og avholdelse av møter der slike saker tas opp både i den enkelte enhet og i samarbeidet mellom enheter. Som vi så i Jacobsens artikkel inkluderer slike rutiner at møtene er forberedt, at det lags notater som på en enkel måte er tilgjengelige for alle, at de som deltar har faste roller og oppgaver og at de leder fram til en beslutning om hva som skal skje i framtiden. Her kreves det at det avsettes ressurser både i forkant av møtene, mens møtene avholdes og i etterkant. Roller skal være formelle, dermed er det organisasjonen, med autoritet fra ledelsesnivået, som gir enkeltpersoner de rollene de skal ha i det tverrfaglige samarbeidet. Slike prosesser skal ikke være uformelle, enkeltpersoner skal ikke ha mulighet til å ta roller. Widmark mfl viste også at det bør være kontinuitet i hvilke profesjonelle som deltar.

På individnivå er det flere faktorer som er viktige. For det første at de som skal delta i det tverrfaglige arbeidet, men også andre på arbeidsplassene, har nødvendig opplæring. Opplæring angår både selve identifiseringen av barn og unge, men også hvordan man forholder seg til regler som taushetsplikt og opplysningsplikt. For det andre er gjensidig respekt mellom yrkesgrupper som skal delta i tverrfaglig samarbeidet av stor viktighet. Dette gjelder respekt både for andre yrkesgruppers kompetanse samt for de tiltakene de kan tilby. For det tredje er informasjon viktig. Alle som skal delta i tverrfaglig arbeid, men også andre medarbeidere, må være villig til å dele informasjon. Dette bør skje etter på forhånd oppsatte rutiner og innarbeide regler. For det fjerde bør organisasjonen sikre seg at medarbeidere faktisk følger de faste rutinene det er lagt opp til.

Til sist er det viktig å påpeke at rutiner og annet bør iverksettes i organisasjonen uten at «bekymringsblikket» tar overhånd.

Organisasjonen bør altså hele tiden ha et kritisk blikk på sin egen virksomhet angående tidlig intervensjon. Da er det organisasjonen som bør ha det, ikke den enkelte medarbeider alene. Punktvis kan suksesskriteriene oppsummeres som følger:

- Personlige relasjoner (kjenne hverandre mellom enheter, samarbeid på individnivå)
- Informasjon og åpenhet
- Fravær av domenekonflikter/holdning om likeverd mellom yrkesgrupper
- Klare roller og klart fordelt ansvar for oppgaver
- Formelle rutiner og verktøy
- Etablering av felles arenaer
- Struktur: ledelse, dagsorden for møter, rutiner for oppfølging
- Ressurser og kapasitet

4 Tverrsektorielt samarbeid

4.1 Innledning

Desentralisering av myndighet til kommunene er gjennomført på mange områder i den norske velferdsstaten og det foregår en endring i stat – kommunerelasjonen der kommunene får ansvar for alt flere oppgaver. Det pågår også en delegering av ansvar internt i kommuneorganisasjonen. Den foregår på tre fronter: 1) fra politisk til administrativt nivå, 2) fra administrativ ledelse (rådmann/administrasjonssjef) til enhetsledelse og 3) fra enhetsledelsen til individuelle medarbeidere. Denne prosessen er spesielt synlig i reorganiseringer til flat struktur, som er i ferd med å bli en like vanlig kommunal organisasjonsmodell som etats- eller sektororganiseringen (Blåka m. fl. 2012).

I en etats- eller sektororganisert kommune det en kommunalsjef som har autoritet og som samarbeid kan utgå fra. I kommuner med flat struktur er det større mulighet for at valget om å inngå i tverrfaglig samarbeid og samordning ofte tas av den enkelte medarbeider. Delegering av ansvar fjerner de økonomiske og faglige insitamentene for tverrfaglig samarbeid og samordning, og kommuner med flat struktur tilbyr lite institusjonell støtte for å velge å samordne eller samarbeide framfor å la det være (Torsteinsen 2012, Hjern 2007). De ulike formene omtales gjerne som samarbeid på individnivå, om den enkelte klient eller bruker, og samarbeid på systemnivå, dvs. at det skapes møtefora og tilrettelegges for samarbeid og samordning som er kontinuerlig.

4.2 Samordning og samarbeid

Kommunal tilrettelegging for at tjenesteenheter kan samarbeide for å yte pålagte tjenester til brukere vil kreve at det eksisterer et bevisst forhold til koordinering og samhandling. Samordning

foregår innenfor overordnede mål og med fastlagte rammer, altså på systemnivå. Det refererer til prosesser der det er bevissthet om hvordan ulike aktørers handlinger skal knyttes sammen innenfor en felles ramme for å trekke i samme retning (Fimreite og Lægreid 2009). Samarbeid, på den annen side, karakteriseres i større grad av frivillighet. Partene som inngår i samarbeidsprosesser er likeverdige og de har selv bestemt at samarbeid kan være et middel til og nå et mål. Samarbeid på individnivå kan plasseres i denne kategorien, og i slike prosesser er rammer og mål ikke nødvendigvis fastlagt, men kan forhandles fram og defineres underveis av parter som kan ha ulike utgangspunkt. Tillit og likeverd mellom partene er en underliggende forutsetning for at samarbeid kan finne sted (Glendinning 2002, Newman 2001).

Kommunal organisering er knyttet opp mot sentrale trekk i New Public Management (NPM). Dette er trekk som etablering av flat struktur og bestillerenheter i kommunal administrasjon, samt at prosesser som tilretteleggende ledelse og delegering av myndighet til medarbeidere kommer inn under dette konseptet. Det er antydninger til at NPM tones ned til fordel for en post-NPM eller nettverkstankegang der ”enforced self-regulation” er et viktig kjennetegn (Dent et al. 2007). Altså at organisasjoner og deres ledelse tilpasser seg utenforliggende krav mer eller mindre frivillig og etter foreliggende insentiver. Insentiver er ressurser av ulike slag: Økonomiske insentiver, tilbud om kompetanse, om opplæring og veiledning, deltakelse i nettverk etc. Forsøksvirksomheten BTI kan plasseres under denne headingen og er en form for mildt ytre press som kommunene fatter beslutning om at de vil tilpasse seg.

Den generelle utviklingen i kommuneorganisasjonen går mot det vi kan kalle større grad av autonomi i yrkesutøvelsen (mer ansvar og beslutningsmyndighet til medarbeidere) samtidig som flere og flere mottakere av tjenester har behov for sammensatte tjenester som krever tverrfaglig samarbeid og samordning. I dette bildet blir ledelse, og i særlig grad ledelse for å fremme tverrfaglig samarbeid, sentralt. Hvis kommunene skal lykkes i arbeidet blir ledelsens oppgave blant annet å legge til rette for arenaer både for tverrfaglig samarbeid og samordning, og på ulike måter yte institusjonell støtte til medarbeiders beslutninger om å inngå i samarbeidsrelasjoner med andre enheter om å yte tjenester. Kommunale ledere på ulike nivåer må inngå i prosesser som gir

medarbeidere myndighet til å inngå i samarbeidsrelasjoner. Det kan innebære at medarbeider får roller der ansvar og innflytelse på egen arbeidssituasjon er definert og som er tilstrekkelig til å kunne utøve dette ansvaret (Hovik m. fl. 2010). Ledelse og medarbeidere inngår dermed i bevisste og forhandlede prosesser om å iverksette samordning og samarbeid. Det skjer da en forankring og organisering som kan medføre at problemstillinger som kommer opp kan håndteres og at de det angår, klienter og brukere, trekkes inn i prosesser på gode måter.

Dokumentstudien viste at det finnes flere modeller for hvordan samordning og samarbeid kan organiseres. Noen vektlegger at en tjeneste skal være den ”drivende” for samarbeid, andre etablerer stillinger som skal ha samordning som hovedoppgave, det vektlegges organisering i nettverk eller partnerskap, eller det fokuseres på innhold og bruk av diverse veiledere og verktøy for kartlegging og oppfølging (Socialstyrelsen 2012 a). Trolig vil kommunene som deltar i BTI også finne fram til ulike modeller for samordning og samarbeid. Evalueringen systematiserer derfor hvordan de faktisk forholder seg til dette. Det gjøres ved bruk av det vi kaller samordningstrappen.

Samordningstrappen vises i figur 4.1.

Figur 4.1 *Samordningstrappen*



(Basert i Arnstein 1969, Hofstad m.fl. 2012)

Første steg er informasjon. All samordning og samhandling er basert i at det gis god og lik informasjon til alle parter. I denne sammenheng vil det inkludere klienter og brukere, samt pårørende som foreldre (IS-1742). Samarbeid og koordinering er ressurskrevende. Informasjon må sendes, mottas og forstås. Og dette tar tid (Jacobsen 1993). Andre steg er konsultasjon som viser til at alle relevante parter konsulteres, det dreier seg om kolleger i samme eller andre enheter, nærmeste ledere, samt brukere og pårørende. Begge disse stegene kan gjennomføres som samarbeid på individnivå uten at det gis institusjonell støtte for å gjennomføre samarbeidet og uten at det opprettes en stafettlogg. Det vil dermed også være usikkert om disse formene for samarbeid vil ha resultater. Dette kan tilsvare nivå to i BTI (Socialstyrelsen 2008, 2011). Dialog og diskusjon er en mellomform, det vil kunne tas i bruk ved samarbeid på individnivå, men vil kreve institusjonell støtte i form av møtefora og ressurser å bruke på dialog. Trinnet over er enighet om meninger og holdninger som krever mer kontinuerlig samhandling enn dialog og diskusjon og siste trinn er felles handling. De to siste trinnene vil også kreve institusjonell støtte i form av ressurser til faste møtefora, samt ressurser som muliggjør handling og eventuelle tiltak overfor utsatte barn og unge. Disse vil kunne sammenlignes med nivå tre i BTI (ibid).

De tre siste trinnene krever at det settes av ressurser for å gjennomføre samarbeid og samordning. De vil da måtte være forankret i organisasjonen og dermed også kreve at samarbeid og samordning planlegges. Det er på disse nivåene at partene skal tilpasse sine holdninger og meninger, samt Handlinger til hverandre. Også dette tar tid som kunne vært benyttet til andre formål (Jacobsen 1993). De to nederste trinnene trenger ikke være forankret i organisasjonen for å bli gjennomført, det kan den enkelte medarbeider ta initiativ til på egen hånd. At koordinering skjer på et lavt nivå i organisasjonen kan være effektivt mht identifisering og handling i egen organisasjon, samtidig kan det tenkes at begrunnelsene for og selve beslutningen om koordinering er forankret i organisasjonen (ibid). Når medarbeidere på egen hånd skal ta stilling til om samarbeid og koordinering skal gjennomføres blir samarbeidet sårbart og avhengig av den enkelte medarbeider (Helsetilsynet 2008:13).

Alle trinnene kan medføre at det gjennomføres oppfølging, men trolig vil de siste tre, eller også bare de siste to, være trinnene der

oppfølging gjennomføres nettopp fordi de er forankret i organisasjonen og det kan påregnes at kunnskapen om at samarbeidet pågår er nedfelt hos flere medarbeidere og flere enheter i den kommunale organisasjonen. Den institusjonelle støtten, eller forankringen av samarbeid og koordinering som foregår på disse nivåene kan være rutiner i form av retningslinjer for når det tas initiativ til samarbeid, hvem som skal delta i et samarbeid, hvordan det foregår – i møter eller ved bruk av en logg i en eller annen form – hvilke tiltak som iverksettes og hvordan de følges opp. Det er på dette nivået det vil være rasjonelt å opprette en stafettlogg som kan følges av samarbeidende og koordinerende enheter.

Alle disse formene for samarbeid og samordning krever kompetanse. Det trengs faglig kompetanse om hvordan utsatte barn og unge identifiseres, samt at det trengs kompetanse om å gjennomføre samtaler med barna og deres foreldre og hvilke tiltak som er de beste å ta i bruk i hvert enkelt tilfelle. For de situasjonene der det kreves samtidig innsats fra flere tjenesteenheter vil det kreves kompetanse om hvordan samarbeid og koordinering gjennomføres. Det vil behøves verktøy og modeller for å løse de faglige utfordringene, men det vil også kreves verktøy og modeller for å løse selve samarbeidsspørsmålet. Disse bør være felles for alle aktuelle medarbeidere.

Fra dette kan det trekkes en slutning om at det er mulig å finne flere typer samarbeid om utsatte barn og unge. Kapittelet videre vil presentere samarbeidet slik det framstår i pilotkommunene.

4.3 Samarbeid i pilotkommunene

Jfr. lovverket handler tidlig innsats for barn og unge mye om samordning og samarbeid. Lovverket viser til at det er pliktig for kommunene å legge til rette for at kommunale enheter kan yte de tjenestene de er pålagt å yte. Det dreier seg da om å legge til rette for felles handling som er samordningstrappens øverste trinn: Altså bli enige om hva som skal gjøres, hvordan det skal gjøres og hvem som har ansvaret. Samordning foregår på systemnivå og etablering av team er en beslutning som må fattes på systemnivå i kommunen, det er en viktig betingelse for å sikre at felles handling kan forekomme, men felles handling kan også forekomme på

individnivå. Tabell 4-1 viser hvor mange respondenter som vet at det er et tverretatlig eller tverrfaglig team i sin kommune.

4.3.1 Tverretatlige team

Tverretatlige eller tverrfaglige team er en betingelse for felles handling som ligger høyt i samordningstrappen. Slike team er ikke en betingelse for at det kan foregå dialog og diskusjon om aktuelle tema, de er heller ikke en betingelse for at det kan etableres enighet og meninger og holdninger, det kan skje også uten at det er etablert team. Men team tilrettelegger for de ovenfor nevnte aktivitetene som alle har en sentral plass for å få til felles handling. Metodikken i tidlig intervensjon er tverretatlig og tverrfaglig arbeid og Bedre Tverrfaglig Innsats er et program nettopp for å få dette til. Tabell 4.1 viser hvorvidt medarbeidere og ansatte i pilotkommunene vet om det er et tverretatlig eller tverrfaglig team i sin kommune og om det er et team der det diskuteres konkrete bekymringer for barn med samtykke.

Tabell 4.1 *Tverretatlig/ tverrfaglig team i kommunen* (N=2260)

	Ja	Nei	Vet ikke	Annet	Ikke svart	Total
Er det tverretatlig eller tverrfaglig team for anonym diskusjon i kommunen?	51 (1154)	2,5 (56)	43,5 (983)	2 (46)	1 (21)	100 (2260)
Er det team der det diskuteres konkrete bekymringer med samtykke?	34,5 (775)	4 (86)	59 (1339)	1 (28)	1,5 (32)	100 (2260)

- 51 % svarer at det er et tverretatlig eller tverrfaglig team i kommunen der bekymringer kan diskuteres anonymt
- 34 %. dvs. 775 respondenter svarer ja på spørsmålet om det er et tverretatlig eller tverrfaglig team i kommunen der det diskuteres konkrete bekymringer for barn og unge med samtykke
- Svarene på begge spørsmålene har en høy vet ikke-andel

Mange vet altså ikke om deres kommune har etablert et tverretattlig eller tverrfaglig team der bekymringer knyttet til barn og unge kan diskuteres i deres kommune. En så høy vet ikke-andel viser til at den mest grunnleggende betingelsen for samordning og samarbeid mellom tjenester, som er informasjon, ikke er til stede angående team i pilotkommunene.

Når vi går videre og spør om egen tjeneste er representert i teamet der konkrete bekymringer diskuteres med samtykke er det 566 respondenter som svarer at det er den, til sammen er det 2260 ansatte og ledere i kommunene som har svart på undersøkelsen. Fordelt på kommuner varierer andelen som svarer at egen tjeneste er representert forholdsvis mye. I de tre mellomstore kommunene er det langt flere enn i andre kommuner som svarer ja på at egen tjeneste er representert. I kommunen med høyest andel er det 75 % som svarer ja på dette spørsmålet, i de to andre er det like over 50 %. I to av de store kommunene er andelen av dem som vet at det er etablert et team bare 19 %. De tre siste kommunene har en andel som svarer ja på henholdsvis 33, 42 og 43 %. På spørsmålet om hvilke tjenester som er representert i teamet fordeler svarene seg som i tabell 4.2.

Tabell 4.2 *Tjenester som er representert i teamet (N=565-567)*

Tjeneste	Ja	Total
PPT	87 (492)	567
Barnevern	84 (476)	567
Skole	62 (353)	566
Helsestasjon	50 (286)	567
Skolehelsetjeneste	40 (260)	565
Barnehage	38 (213)	565
Psykiatritjenesten	26,5 (150)	566
Fastlegen	15 (84)	566
Rustjenesten	7 (39)	566
Kommunepsykolog	6,5 (37)	565
NAV	6,5 (37)	565
Kommunelege	5 (28)	565
Kommunal OT-kontakt	1,5 (9)	565
Hjemmetjenesten	1 (5)	565

- De vanligste aktørene i team respondentene forholder seg til er pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) og barnevern med henholdsvis 87 og 84 %
- 62 % svarer at skole er representert
- 38 % svarer at barnehage er representert i teamet

Fra skole er det et ganske langt sprang på 12 % ned til helsestasjon (50 %) og 22 % til skolehelsetjenesten (40 %) som deltakere i team. Når barnehage skårer enda lavere enn dette er det grunn til å tro at flest team i pilotkommunene er satt sammen av representanter for PPT, barnevern og skole. Dermed består teamene trolig av hjelpetjenestene for barnehage, skoler og helsestasjon- og skolehelsetjeneste. Både skole og barnehage har et lite antall representanter i team relativt til andelen ansatte i skoler og barnehager som svarer på undersøkelsen, jfr. tabell 4.1. At det er ansatte i pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) som hyppigst oppgis som representanter i teamet, mens barnevernet kommer på andre plass, kan tyde på at teamet respondentene har i tankene når de svarer, er et fast team med faste representanter og som griper over et bredt spekter av problemstillinger.

I diskusjonen til tabell 4.1 vises det til at langt de fleste som svarer på undersøkelsen er ansatt i skole og at ansatte i skole og barnehage til sammen utgjør 82 % av dem som svarer. Det betyr også at få respondenter til undersøkelsen er ansatt i de tjenestene som skårer høgest på å være representert i team. Det høye frafallet til spørsmålet kan igjen tyde på at det er lite informasjon og kunnskap om slike team blant de som svarer på undersøkelsen.

106 respondenter har skrevet tekst i annet-rubrikken. Noen påpeker der at det er flere team og at ikke alle tjenestene som er nevnt er representert samme team. Andre påpeker at teamene vil variere i henhold til problemstillingene de arbeider med. En del nevner at ergo- eller fysioterapitjenesten i deres kommune er med i teamet, andre nevner BUP, utekontakten og politi, mens en del velger å bruke denne rubrikken for å understreke at de ikke vet hvilke tjenester som er representert i teamet.

Det er altså en høy andel respondenter til denne studien som ikke vet om det er et tverretatlig eller tverrfaglig team i deres kommune. Det er også få som vet om egen tjeneste faktisk er med i teamet.

Som en forlengelse av disse spørsmålene, er respondentene også spurt hvordan det tverretatlige og tverrfaglige samarbeidet i kommunen deres er organisert. Dette spørsmålet er knyttet til hvordan teamet arbeider og om ledere og ansatte har kunnskap om dette. Respondentene er bedt om å krysse av for påstander om hva de vet om organiseringen og arbeidet i teamet, samt om rutiner for informasjonsutveksling og oppfølging av tiltak som er planlagt eller igangsatt. Også på dette spørsmålet er svarprosenten lav, av 2260 respondenter er det bare 772 som har gått videre med det. Hvordan svarene fordeler seg vises i tabell 4.3.

Tabell 4.3 *Organisering av tverretatlige og tverrfaglige team* (N=572)

Påstander	Ja	Av og til	Nei	Vet ikke	Ikke svart	Total
Jeg vet hvem som har ansvaret for forberedelser og innkalling til tverretatlig møte	64 (365)	9 (49)	15 (83)	11 (67)	1 (8)	100 (572)
Jeg har klart for meg hvem som er møteleder	58 (333)	7 (37)	19,5 (113)	14 (79)	1,5 (10)	100 (572)
I vår kommune er det rutiner for utveksling av informasjon og saksopplysninger i tverrfaglige møter	45,5 (258)	10,5 (61)	9 (51)	33 (191)	2 (11)	100 (572)
I vår kommune er det rutiner for oppfølging av planlagte/igangsatte tiltak	45 (255)	12 (68)	7 (41)	34 (196)	2 (12)	100 (572)
Foresatte blir invitert til møtet	36 (201)	27 (153)	12 (71)	23 (134)	2 (13)	100 (572)
Det er vanlig at foresatte deltar på møtene	22 (128)	25 (142)	25 (143)	26 (148)	2 (11)	100 (572)
Jeg vet hvordan jeg får tatt opp saker i det tverretatlige teamet	80 (458)	3,5 (18)	4,5 (24)	10,5 (62)	1,5 (10)	100 (572)

- 80 % av ansatte som har svart på spørsmålet vet hvordan de får tatt opp saker i det tverretatlige teamet
- 64 % vet hvem som har ansvar for å forberede og kalle inn til tverretatlige møter
- 58 % har klart for seg hvem som er møteleder

Det er imidlertid langt færre som kjenner til rutiner for utveksling av informasjon og saksopplysninger i tverrfaglige møter (45,5 %) og rutiner for oppfølging av planlagte eller igangsatte tiltak (45 %). Det er ikke helt vanlig at foresatte inviteres til møter, men de som har svart ja og av og til utgjør til sammen 62 %. Hvis foresatte inviteres er det heller ikke sikkert at de kommer og 47 % svarer ja og av og til på det spørsmålet.

Også på dette spørsmålet er det mulig å tolke det store frafallet på dette spørsmålet som at respondentene ikke har konkret informasjon og kunnskap om tverretatlige og tverrfaglige team og møter. Fordi frafallet på spørsmålene er høyt og fordi andelen vet-ikke svar også er ganske høy, er det mulig å sette fram en hypotese om at kunnskapen og informasjonen om tverretatlige og tverrfaglige team og møter, samt deres arbeidsform, er liten blant ansatte i pilotkommunene. Selv om prosentandelen av dem som svarte er høy for at ledere og medarbeidere vet hvordan de får tatt opp saker i teamet, er det få svar på spørsmålet (458 av 2260). Tilstanden er enda dårligere for spørsmålene om rutiner for oppfølging av planlagte og igangsatte tiltak og for rutiner for utveksling av informasjon og saksopplysninger. Det gir oss både et bilde av at dette ikke skjer i pilotkommunene, samt av at kunnskapen om slike faktorer er lite utbredt.

Frafallet på spørsmålet er noe mindre blant ledere enn det er blant ansatte. Mens det er en fordeling på 20 % ledere og 80 % ansatte som har svart på undersøkelsen, er det på disse spørsmålene en fordeling på mellom 28 % ledere og 72 % ansatte som har svart. Den høyeste andelen ledere som svarte, var på spørsmålet om det er vanlig at foreldre deltar på møtene.

På et åpent spørsmål om hva som er barrierer for å handle i forhold til utsatte barn og unge er det mange som svarer. Et utvalg sitater som omhandler tverretatlig og tverrfaglig samarbeid presenteres nedenfor.

Tidsramme. Faglige barrierer. Møteplasser/
Drøftingsfora

Lite samarbeid mellom tjenester. Ansvarsfraskrivning i
tjenester

1. Å sikre at en har fått tak i den relevante informasjonen som slik munner ut i en uro. 2 Nok tid for å følge en god prosess og sikre oppfølging av saken videre (interne prosedyrer i kommunen). 3 God intern flyt slik at vi sikrer oppmerksomhet/ evaluering over tid tilknyttet enkelte barn/ familie - i samarbeid med andre tjenester 4. Ressurssikring for å følge opp vår tjenestedel av tiltak rundt enkelte barn/ familie

Problemet er ikke å følge opp bekymringer.
Problemet er å finne gode koordinatorene som tør å utfordre de i ansvarsgruppene/IP gruppene som ikke gjør det de skal til avtalte datoer

For lite ressurser. For mye turnover blant ansatte. Manglende kompetanse. Manglende mot til å se. Mangel på tverretattlig samarbeid. Privatisering av saker som trenger samordnet hjelp. Misforstått taushetsplikt. Lettere å være bekymret for barn fra sosialt utsatte familier enn å ta opp reell bekymring i "ressursfamilier"

For mange instanser involvert, det skjer lite, men mange møter som egentlig ikke kommer eleven til gode der og da

Tverrfaglig samarbeid. Lite kunnskap om hverandre som hjelpeinstanser. Økonomi

Tar tid å få objektiv observasjon. Lang behandlingstid hos instanser Ufullstendig/diffus tilbakemelding

Ansvarsfraskrivelse på de forskjellige instansene. Hvem er ansvarlig? Ingen alternative løsninger

Vet ikke hva andre gjør når man gir bekymringen videre, ingen har "ansvar", taushetsplikt

Vanskelig å komme i kontrakt med de personene en skal ha tak i. Gruer seg for å ta kontakt med foreldrene i vanskelige saker

Det går sent i systemet. Dårlige tilbakemeldinger. Sakene drar ut, og det virker som foreldre har større rettigheter enn barnet

Usikker hvem man bør kontakte. Usikkerhet i kommunen om hvem som kan følge opp ungdom 16-18 år som trenger ekstra oppfølging. Savner ungdomskontakt/lavterskel i kommunen

Disse sitatene vier til mangel på informasjon, kompetanse om identifisering, manglende plassering av ansvar, kapasitetsproblemer og taushetsplikt som barriere. De styrker bildet som tallene gir, om at tverretattlig og tverrfaglig samarbeid er vanskelig og kanskje lite utbredt i pilotkommunene.

Informasjonen og kunnskapen blant ansatte om tverretattlige og tverrfaglige team, og møter i slike team, ser altså ut til å være liten i pilotkommunene. Den aller mest grunnleggende betingelsen for at samarbeid og samordning kan forekomme ser altså ikke ut til å være oppfylt. Det vil bety at samordning på systemnivå er utfordrende i pilotkommunene.

4.3.2 Roller

Oppfølging av barn og unge det er knyttet bekymring til er ikke nødvendigvis knyttet til at det eksisterer team som er etablert på systemnivå og at det gjennomføres møter, det kan også gjennomføres som samarbeid på individnivå og være knyttet til ansvaret som er delegert til hver enkelt medarbeider og ansatt.

Resultatene i tabell 4.3 og sitatene viser til at også dette kan være utfordrende i pilotkommunene. Dette går det nærmere inn på nedenfor og det spørres etter om ledere og ansatte oppfatter at det er klarhet og tydelighet i roller og ansvar for oppfølgingen. Resultatet vises i tabell 4.4.

Dette spørsmålets formulering ”Er det tydelig for deg hvilke rolle og ansvar de ulike tjenestene har for oppfølging av barn og unge det er knyttet bekymring til” viser ikke til om respondentene svarer på den rollen de faktisk opplever at tjenesteenhetene har eller på den rollen de burde ha qua tjenestene de leverer.

I spørsmålsstillingen er respondentene eksplisitt bedt om ikke å vurdere tydeligheten i rollen til egen tjeneste. Respondentene skal altså vurdere andres roller og tydelighet i ansvar. Antallet som kan krysse av for skole og barnehage blir derfor lavt ettersom 82 % av respondentene til undersøkelsen arbeider i disse to tjenestene.

Tabell 4.4 *Tydelighet i roller og ansvar for oppfølging* (N=2260)

Tydelighet i roller og ansvar for oppfølging	Ja	Nei	Uaktuelt	N
Pedagogisk psykologisk tjeneste	77 (1571)	21 (431)	2 (42)	2043
Barnevernstjenesten	73 (1480)	24 (491)	3 (58)	2028
Skole	68 (952)	22 (311)	10 (135)	1397
Helsestasjon	62 (1253)	32 (655)	6 (111)	2018
Skolehelsetjenesten	61 (1167)	34 (649)	5 (94)	1908
Barnehage	56 (995)	25 (441)	19 (314)	1749
Fastlegen	51 (1050)	45 (907)	4 (82)	2038
Psykiatritjenesten	40 (794)	54 (1062)	6 (119)	1974
Rustjenesten	28 (548)	65 (1261)	7 (138)	1946
Kommunelege	24 (474)	63 (1238)	12 (243)	1954
Kommunepsykolog	23 (451)	62 (1220)	15 (286)	1956
NAV	20 (398)	66 (1279)	14 (268)	1944
Hjemmetjenesten	17 (323)	61 (1194)	22 (434)	1950
Annet	12 (105)	54 (473)	34 (296)	873
Kommunal OT-kontakt	10 (199)	72 (1357)	18 (345)	1900

- 77 % vurderer rollen pedagogisk psykologisk tjeneste har som tydelig
- 73 % vurderer rollen til barnevernet som tydelig
- 68 % vurderer rollen til skole som tydelig

På 4. og 5. plass i tydelighet vurderer de ansatte rollene helsestasjonen (62 %) og skolehelsetjenesten (61 %) har for oppfølging av barn og unge det er knyttet bekymringer til. Barnehager kommer på 6. plass med 56 % som oppfatter at rollen er tydelig med hensyn på oppfølging av barn og unge det er knyttet bekymring til. Dette varierer noe fra tabellen som viser hvilke

tjenester som er med i team. At PPT skårer høyt på tydelighet i roller kan skyldes at de er en vanlig samarbeidspartner for skoler og barnehager.

Rolleklarhet eventuelt uklarhet kan også knyttes til posisjoner og enkeltledere- og ansatte. Avkrysningene som er gjort på dette spørsmålet der respondentene er bedt om å ta stilling til påstanden «Jeg vet hvem i kommunen som har kompetanse/ansvar for å følge opp barn og unge» som har de nevnte utfordringene. Hvordan svarene fordeler seg vises i tabell 4.5.

Tabell 4.5 *Tydelighet i roller: Kompetanse og ansvar for å følge opp barn og unge* Prosent, hele tall i parentes (N=2260)

Påstand	Ja	Nei	Vet ikke	Ikke svart	Total
Som strever på grunn av psykiske problemer eller mobbing	67 (1511)	16 (371)	15 (345)	2 (33)	100 (2260)
Som har vært utsatt for, opplevd eller vært vitne til vold/ overgrep	63 (1416)	19 (424)	17 (391)	1 (29)	100 (2260)
Som har forelder/foreldre med rusutfordringer	56,5 (1278)	23 (512)	20 (460)	0,5 (10)	100 (2260)
Som har forelder/foreldre med psykisk sykdom	56 (1271)	23 (515)	20 (449)	1 (25)	100 (2260)
Som har egne rusutfordringer	51 (1151)	26 (593)	22 (494)	1 (22)	100 (2260)
Som selv har en somatisk sykdom	46 (1050)	26 (589)	26 (588)	2 (33)	100 (2260)
Som har forelder/foreldre med alvorlig somatisk sykdom	38 (870)	32 (716)	29 (650)	1 (24)	100 (2260)

- 67 % har kjennskap til hvem som har kompetanse eller ansvar når det er spørsmål om barn og unge som strever på grunn av psykiske problemer eller mobbing.
- 63 % vet hvem som har kompetanse og ansvar i spørsmål om barn og unge som har vært utsatt eller vitne til vold eller overgrep.

- 38 % vet hvem som har kompetanse og ansvar hvis foreldre har en alvorlig somatisk sykdom.
- 46 % vet hvem som har kompetanse og ansvar hvis barnet eller den unge selv har somatisk sykdom.

Tabellen viser at det varierer i hvilken grad ansatte i tjenestene vet hvem som har kompetanse og ansvar både angående barn og unge det er knyttet bekymringer til, og angående deres foreldre. Å vite hvem som har kompetanse eller ansvar betyr også at de vet hvem de skal henvende seg til hvis det skulle oppstå bekymring om barn eller unge de har kjennskap til.

Angående somatisk sykdom ser det altså ut til at få ansatte vet hvem som har kompetanse og ansvar både angående barn og unge det er knyttet bekymringer til, og angående deres foreldre. Også angående barns og unges rusutfordringer og eventuelle utfordringer deres foreldre måtte ha med rus og psykisk sykdom, er det knapt over 50 % av de ansatte som vet hvem som har kompetanse og ansvar. Disse resultatene er på henholdsvis 51 og 56 %.

4.3.3 Vurdering av samarbeid mellom tjenester

I tabell 4.6 vises oppfatningen av samarbeid med andre tjenester. I tabellen er svært godt og godt slått sammen, samt at dårlig og svært dårlig er slått sammen.

I spørsmålet til tabell 4.6 under er respondentene bedt om å vurdere samarbeid med forskjellige tjenester, også utenfor kommunal organisasjon. Det er altså ikke entydig bedt om vurdering av samarbeidet i teamet, men det er bedt om en vurdering av samarbeid med andre enheter generelt. Resultatene samsvarer likevel i noen grad med resultatene i tabell 4.2. Tabellene viser generelt at det er de samme fem kommunale tjenestene som kommer høyest opp på listene, PPT, barnevern, skole, helsestasjon og skolehelsetjeneste, men tjenestenes plassering er noe endret. Tabell 4.2 viser at det er PPT som oftest har medlemmer i teamet der det diskuteres konkrete bekymringer med samtykke. PPT er også den tjenesten som respondenter fra andre tjenester hyppigst vurderer at de har et godt samarbeid med (53 %).

Tabell 4.6 *Vurdering av samarbeid med tjenester* Prosent, hele tall i parentes (N=2260)

Tjeneste	Svært godt og godt	Både og	Dårlig og svært dårlig	Uaktuelt	Ikke svart
PPT	53 (1205)	21(487)	5 (103)	8 (174)	13 (292)
Skolehelse-tjenesten	40 (905)	14 (325)	4 (87)	23 (529)	19 (420)
Helsestasjon	37 (822)	19 (425)	5 (129)	25 (560)	14 (325)
Skole	36 (808)	14 (309)	2 (49)	16 (357)	33 (738)
Barnevern-tjenesten	34 (774)	36 (804)	8 (183)	10 (233)	12 (266)
BUP	34 (756)	33 (753)	10 (236)	12 (261)	11 (255)
Barnehage	27 (603)	17 (375)	2 (49)	35 (797)	19 (437)
Helsestasjon for ungdom	17 (392)	13 (283)	5 (113)	47 (1078)	18 (395)
Fastlege	17 (383)	25 (570)	16 (355)	28 (632)	14 (321)
Psykiatritjenesten	9 (193)	13 (296)	9 (199)	50 (1134)	19 (439)
Kommunepsykolog og NAV	8 (172)	12 (275)	8 (170)	54 (1228)	18 (416)
Rustjenesten i kommunen	7 (165)	15 (337)	10 (219)	50 (1129)	18 (411)
Somatisk sykehus	7 (162)	10 (232)	8 (182)	54 (1217)	21 (468)
Psykiatrisk poliklinikk	7 (162)	11 (264)	6 (128)	56 (1257)	20 (450)
Kommunal OT-kontakt	7 (147)	12 (267)	8 (192)	55 (1240)	18 (415)
Psykiatrisk døgnbehandling	6 (125)	9 (213)	6 (137)	58 (1307)	21 (479)
Kommunelege*	5 (103)	10 (229)	8 (187)	58 (1321)	19 (421)
	4 (87)	13 (292)	9 (187)	53 (1198)	18 (399)

*Summerer kun til 97 %

- 53 % vurderer samarbeidet med PPT som godt og svært godt
- 40 % vurderer samarbeidet med skolehelsetjenesten som godt
- 37 % vurderer samarbeidet med helsestasjonen som godt

Tabell 4.2 viser at barnevern er på andre plass over tjenester som er medlem i dette teamet, men at den samme tjenesten kommer på en 5. plass når andre tjenester vurderer sitt samarbeid med den (34 %). I tabell 4.2 kommer skole på en 3. plass, i tabell 4.6 kommer skole på en 4. plass. Dette tyder på at noen tjenester er tydeligere enn andre både som medlemmer i teamet der konkrete bekymringer diskuteres med samtykke og som samarbeidspartnere. Det er også disse tjenestene som blir oppfattet å ha det tydeligste ansvaret og rollene i spørsmålet om oppfølging (tabell 4.4).

Samtidig er det færre som vurderer at samarbeidet med en tjeneste er godt enn som mener den samme tjenestens rolle og ansvar for oppfølging er tydelig. Dette kan avspeile erfaringene enheter og medarbeider gjør ved kontakt, det kan også avspeile at det i liten grad tas kontakt. I samordningstrappen vil det innebære at grunnlaget for og gjennomføring av konsultasjon med andre medarbeidere og ledere i både egen enhet og andre enheter – om barn og unge det knyttes bekymring til – er usikker.

Også angående roller er det en del sitater i det åpne spørsmålet som viser at ansatte og ledere i pilotkommunene opplever rolleklarheter knyttet til oppfølging av barn og unge det knytter seg bekymring til:

Usikkerhet rundt hvem som har oppfølgingsansvar.
Usikkerhet rundt hva oppfølging/hjelp skal bestå av.
Manglende samarbeidsrutiner mellom aktuelle instanser

Usikkerhet i forhold til hvor man skal henvende seg.
Taushetsplikt og meldeplikt. Redd for å skade en god relasjon til foreldrene

Svak informasjonsutveksling mellom tjenester ved bekymring. PPT får ikke beskjed fra skolen om de melder bekymring eller ei etter at saken er diskutert. Vi får ikke beskjed fra barnevernet at saken er avsluttet

Vet ikke hvem som har ansvaret. Vi får ikke tilbakemelding fra overordnet

Ledelse

Straffereaksjon fra arbeidsgiver

1. Redd for represalier, problemer med foresatte 2. Usikkerhet om barneverntjenesten gjør noe med bekymringen 3. Tabubelagt å sende bekymring

1. reprimande fra sjefen fordi jeg er "brysom". 2. dårligere arbeidsbetingelser i eget arbeid 3. beskyldt for å være "illojal"

Hvor skal jeg henvende meg - annet enn til min overordnede? Vanskelig å trå inn på andre menneskers personlige og private enemerker. Rydde tid til skjemautfylling og agering ut over det som er del av en vanlig lærerjobb

Mange og ulike personer å forholde seg til i for eksempel barnevernet. Manglende kjennskap til skolesystemet, uerfarenhet. Manglende info, kanskje tilbakeholdelse av info

Ledelsen deler ikke alltid samme bekymring

Ledelse med vente-og-se-holdning. Barnevern med lange køer

Mangel på kjennskap til hvem jeg kan snakke med, mangel på egne kunnskaper, mangel på initiativ

Uenighet med ledelsen. Redde for å ta feil i vår bekymring. Redde for at barnevernet skal henlegge saken og vi får et konfliktfylt forhold til foreldrene

At barneverntjenesten ikke får kjennskap til bekymringene - at foreldre ikke vil samarbeide - uenigheter mellom faginstansene

Uklare og kompliserte prosedyrer. Diffuse regler for ansvar. Frykt for å gjøre noe galt på grunn av lite kjennskap til lovverk og rutiner i slike vanskelige saker

Manglende opplysninger. Manglende støtte fra ledelse. Usikkerhet.

Ledelsen bagatelliserer saken. Angst hos de foresatte. Liten støtte hos ledelsen.

Sitatene viser til flere sider ved rolleklarheten: Det er ikke kunnskap om hvem som har ansvaret, informasjonen flyter ikke på en god nok måte, det er uenighet mellom faginstansene, det er for mange ulike personer å forholde seg til, samt at regler og prosedyrer er uklare og diffuse. Det vises også til at det ikke gis tilbakemelding fra overordnet i spørsmål om oppfølging av utsatte barn og unge, at ledelsen kan være uenig i observasjonen som gjøres og at de som svarer føler seg direkte motarbeidet. Det tyder også på at ledere heller ikke vet hvordan de skal utforme sine roller mht dette utfordringsbildet. Når ledere har uklare roller vil det spille over på grad av medarbeideres konsultasjon med ledere angående aktuelle spørsmål.

Barnevernet

Baklien (2009) peker på at en viktig barriere for samarbeid er at det mangler tillit i og til systemet. Medarbeidere i eventuelt samarbeidende enheter som skole og barnehage har ikke tillit til medarbeidere i barnevernet – de har dannet seg et bilde av at barnevernet enten ikke gjør noe hvis de får en bekymringsmelding eller at det tar veldig lang tid, og de får ikke tilbakemelding på sine henvendelser. Barnevernet på sin side gir en framstilling av egen arbeidssituasjon som preget av ressursknapphet og at det i mange saker ikke var så mye for dem å gjøre. De ga også uttrykk for at mange saker som ble meldt til dem kom alt for sent.

I denne undersøkelsen har barnevernet fått sitt eget spørsmål som lyder: «På en skal fra 1 til 5, i hvilken grad oppfatter du at saker dere melder til barnevernet blir fulgt opp? Det er til sammen 2093 respondenter som har svart på spørsmålet. Av dem mener 9 % at saker ikke følges opp, 23 % plasserer seg midt på treet og mener både og, mens 27 % mener at de følges opp og 14 % mener at de følges opp i svært stor grad. Det er en forholdsvis høy andel vet ikke-svar på dette spørsmålet (27 %), og det er en lav svarprosenten på spørsmålet om barnevernet deltar i team (tabell 3.2). Tjenesten gis likevel en klar rolle og får ansvar for oppfølging, og mange oppfatter barnevernet som en tjeneste det kan samarbeides godt med, i tabell 4.6 svarer 34 % svært godt og godt, 36 % svarer både.

Barnevernet ble omtalt i det åpne spørsmålet og som sitatene viser kan det tyde på at det i et par kommuner kan være knyttet usikkerhet til denne faginstansen og at hypotesen om manglende

tillit mellom barnevernet og andre enheter kan være aktuelt for pilotkommunene:

Den største barrieren i min tjeneste er en grunnleggende mistillit til barnevernet!! De henlegger 50 % av alle bekymringsmeldinger og samarbeider i liten grad med andre tjenester. Også tilfeller hvor det er mistanke om alvorlig fysisk vold tas dette ikke på alvor og barn blir sendt hjem til foreldre uten ordentlig undersøkelse av lege, uten at det blir søkt råd hos politi eller barnehuset. Barn som får tiltak fra barnevernet skifter saksbehandler uten at det gis beskjed til de som arbeider med barnet i kommunen så det er ofte vanskelig å vite hvem som til enhver tid er saksbehandler i barnevernet. Når man spør om begrunnelse for hvorfor barnevernet har gjort en avgjørelse får man ikke svar. Er klar over taushetspliktsbestemmelsene, men mye kan gjøres med samtykke fra foreldrene!

Barnevernet tar kun imot bekymring, gir ikke info tilbake. Ubehagelig med politiavhør. Føler en får lite igjen for å ta belastningene. Bekymringslever flytter til annen kommune/skole når jeg har meldt fra og jobbet mye med forbedringer

Det uttrykkes også at barnevernet kan bli stående alene med saker fordi andre trekker seg ut i det barnevernet har fått en sak:

1. Manglende ressurser i andre tjenester 2. Ansvarsfraskrivelse – erfaring med at andre instanser trekker seg ut/fraskriver seg ansvar når barneverntjenesten er inne i familien. 3. Manglende kunnskap om hverandre

Det gis altså et uklart bilde av barnevernet. Meningene som uttrykkes av ledere og ansatte, både i spørsmålene og i sitatene, tyder på at deltakende tjeneseenheter i pilotkommunene har uklar forståelse av barnevernets og andre enheters roller i tverretattlig og tverrfaglig arbeid for utsatte barn og unge. Det kan også tyde på at rollene utformes uklart og lite tydelige. Flere faktorer kan virke inn på uklar utforming av roller, de viktigste vil

være ressurser og kompetanse, begge nevnes i sitatene over. Kompetanse behandles i kapittel 6.

Tidspunkt saker kommer til enheter

Rolleklarhet kan medføre at de som har bekymringer for barn eller unge ikke går videre med sine bekymringer fordi de ikke vet hvor de skal henvende seg. Blant annet for å nærme seg dette spørsmålet er det stilt et spørsmål til respondentene om hva de mener om tidspunktet sakene kommer til ulike tjenester: kommer de på rett tidspunkt, for tidlig eller for sent. Ettersom mange da må svare for tjenester de kanskje ikke kjenner, blir dette spørsmålet vanskelig å svare på. Det avspeiles i svarprosenten og det er bare 126 respondenter som har gått videre med det. 126 er altså basisen i utregningen av prosentandelen (N). Av dem er det også en ganske stor andel som velger og ikke svare, tilknyttet de fleste tjenestene er det over 50 av respondentene som ikke svarer. Det er noen unntak. På den positive siden, blant dem som mener tidspunktet sakene kommer til politiet er det rette, er 53 %. Til PPT er det 48 % som mener at sakene kommer på rett tidspunkt. Av dem som svarer er det 41 % som mener at helsestasjonene får saker på rett tidspunkt, 34 % mener at NAV får saker på rett tidspunkt og 32 % mener at skole får dem på rett tidspunkt.

Fastlegen merker seg ut som den tjenesten som flest mener får saker for sent, det er 66 % som mener det. Det er 64 % som mener at barnehager får saker for sent og det er 52 % som mener skole får dem for sent. Foreldre er en viktig brikke i dette puslespillet og de er derfor inkludert i spørsmålet. Det er 60 % som mener at foreldre får kunnskap om saker for sent. For de fleste tjenestene som er inkludert i spørsmålet er det 40 % eller flere som mener at sakene kommer for sent. Utover de som er nevnt over gjelder dette for BUP, helsestasjon, helsestasjon for ungdom, kommunelegen, NAV, psykiatrisk døgnbehandling, psykiatrisk poliklinikk, psykiatritjenesten, rus døgnbehandling, rus poliklinikk, rustjenesten i kommunen, skolehelsetjenesten, tannhelsetjenesten. Mange av disse har også en høy andel som ikke har svart, noe som betyr at andelen som har svart rett tidspunkt er veldig lav. For tjenester som hjemmetjenesten, kommunepsykolog, kommunal OT-kontakt, somatiske sykehus og VOP er andelen av dem som ikke har svart høy. Det er svært få som mener at saker kommer til tjenester for tidlig.

4.4 Oppsummering

Samordningstrappen har flere trinn og informasjon er det nederste. Informasjon fungerer dermed som en nødvendig betingelse for at tverretatlig og tverrfaglig samarbeid og samordning kan forekomme og lede til felles handling. Informasjonsflyten ser ut til å være dårlig i pilotkommunene. Det var et stort frafall på spørsmålet og det tyder på at de fleste som har svart på skjemaet ikke vet om deres kommune har tverrfaglige team og hvilke tjenester som eventuelt er med i teamet. Det er også få som kjenner til hvem som har ansvaret for å forberede og kalle inn til møter og hvordan de kan ta opp saker i teamet, og det er svær få som har oversikt over om kommunen har rutiner for oppfølging og informasjonsutveksling. Inntrykket forsterkes av svar som er avgitt på et åpent spørsmål om barrierer for handling.

Indikatoren for om det foregår konsultasjon brukes spørsmålet om tydelighet i roller og ansvar for oppfølging. Respondentene er trolig klar over hvilke roller ulike hjelpetjenester skal ha og det er mange som mener at både PPT og barnevern har en tydelig rolle å spille i oppfølging av saker (tabell 4.4). For andre tjenester er det imidlertid mer uklarerhet mht roller og det kan tyde på at det er noen uklarerheter i utforming av roller. Dette styrkes av sitatene som peker på at det kan forekomme uklarerheter også på ledernivå. Slike uklarerheter vil påvirke i hvilken grad medarbeidere konsulterer hverandre og samarbeider på individnivå. Dette går det nærmere inn på i kapittel 5.

Det er langt færre som vurderer samarbeidet med tjenestene som godt. PPT skårer høyt også på dette spørsmålet, men barnevern plasserer seg på en 5. plass og barnehager på en 7. plass (tabell 4.6). Dette kan tas som en indikasjon på at det er lav kvalitet på den dialogen og diskusjonen som eventuelt foregår. Ettersom få kjenner til om deres kommune har et team, mens forholdsvis mange samarbeider, foregår trolig det samarbeidet som er på individnivå i en uformell setting. Det vil ha konsekvenser for kontinuitet i rutiner, spesielt for oppfølging, men det kan også ha konsekvens for de rutinene det er mulig å etablere mht møtene som avholdes. Det er også viktig for i hvilken grad det er mulig å komme fram til enighet om holdninger og ikke minst handlinger. Det kan altså trekkes en konklusjon om at det er dårlige vilkår for

handling, som i dette tilfellet er oppfølging av barn og unge som er identifisert som å være i en utsatt posisjon.

Tverrfaglige arbeid foregår dermed trolig mest uformelt og på individnivå, og kommunene har et forbedringspotensial angående dette.

5 Forankring av og arbeid for utsatte barn og unge

5.1 Innledning

Forankring dreier seg om i hvilken grad politisk og administrativ ledelse i kommunen er involvert i eller har kjennskap til forsøket eventuelt om det er inkludert i kommunale budsjetter og planer. Det kan også dreie seg om i hvilken avdeling eller enhet prosjektet i all hovedsak foregår og grad av informasjon og kunnskap om både prosjektet og de målsettinger som er knyttet til det. I denne sammenheng er det ikke spurt om politisk og administrativ ledelses involvering og vi vet at det er et prosjekt som det ytes ekstraordinær støtte til fra Helsedirektoratet. Det er derfor heller ikke et spørsmål om det er inkludert i kommunale budsjetter. Forankring vil dermed dreie seg om hvilke enheter som er involvert og trekk ved medarbeidere og ledelse i enhetene og pilotkommunene som har betydning for våre spørsmål om roller og samarbeid. Det tverretatlige arbeidet behandles nærmere med analyser av spørsmål om rutiner og oppfølging av rutiner.

5.2 Involverte enheter

Det er allerede kommentert, med henvisning til tabell 5.1 at de fleste medarbeidere og ansatte som svarer på undersøkelsen arbeider i skole og barnehage. Til sammen så mange som 82 % av dem som svarer arbeider i en av disse tjenestene. Detaljene vises i tabell 5.1.

Tabell 5.1 Medarbeideres tjenestested og kommune (N=2252)

Tjenestested	Tot.	1	2	3	4	5	6	7	8
Skole	1281	38 (29)	57 (47)	71 (114)	57 (214)	53 (105)	49 (227)	57 (93)	61 (452)
Barnehage	565	39 (30)	22 (18)	5 (24)	28,5 (107)	9 (18)	37 (171)	18 (30)	23 (167)
Barnevern	123	4 (3)	7 (6)	2,5 (4)	3 (12)	8 (16)	6 (29)	5 (8)	6 (45)
Helse- Stasjon	55	5 (4)	2 (2)	0,5 (1)	1,5 (6)	1,5 (3)	2,5 (12)	2,5 (4)	3 (23)
PPT	43	5 (4)	1 (1)	3 (5)	1 (5)	4,5 (9)	0	3 (5)	2 (14)
Psykiatri- tjenesten	23	2,5 (2)	2 (2)	4 (7)	1 (5)	2,5 (5)	0,5 (1)	0	0,1 (1)
Skolehelse- tjenesten	19	0	0	1 (2)	0	2 (4)	1 (5)	2 (3)	1 (5)
NAV	19	4 (3)	0	0	0,5 (3)	6,5 (13)	0	0	0
Rus- tjenesten	16	0	0	0,5 (1)	0	6 (12)	0,5 (1)	0	0,3 (2)
Fastlege	3	0	0	0,5 (1)	1 (1)	0	0	0	0
Hjemme- tjenesten	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Annet	109*								5 (109)

* Grunnet spørreskjemaets utforming er det ikke mulig å fordele annetkategorien på kommuner

- 61 % av dem som svarer på skjemaet er ansatt i skolen
- 23 % er ansatt i barnehage

Det er 8 av respondentene som har svart på undersøkelsen som ikke har svart på spørsmålet om hvilken kommune de arbeider i.

Antall svar innenfor de ulike tjenestestedene avspeiler til dels antallet tjenester innenfor hver kategori og antallet ansatte. Selv om det er full barnehagedekning er det færre barn i barnehage enn

det er i skolen og det reflekteres i antallet svar. Det er også disse tjenestene som møter alle barn og som har kontinuerlig kontakt med dem over lengre tid. Det er dermed de som kan observere endringer hos barn og unge som både kan komme over tid og som oppstår brått. Helsestasjons- og skolehelsetjenester får for tiden oppmerksomhet, blant annet som underbemannet (Helsetilsynet 2012), og det lave antallet svar i denne undersøkelsen avspeiler kanskje en kommunal realitet. Det er avdekket at kommuner som har en rimelig bemanning i helsestasjons- og skolehelsetjenesten har færre alvorlige barnevernssaker enn andre kommuner (Myrvold mfl, 2012). Det spesielle med disse tjenestene er at de har kontakt med barn og deres foreldre over tid, også før barna begynner i barnehage.

Kontakten er ikke like kontinuerlig som i barnehage og skole, men de har mulighet til å observere barnet i familiesammenheng. Litteraturgjennomgangen viste imidlertid til at helsesøstre selv mener de ikke har så gode muligheter eller redskaper til å observere og danne seg et bilde av om barn er i en utsatt situasjon. Tjenester som barnevern og psykisk helsearbeid er tjenester som kommer inn etter at problemer har oppstått, de er dermed en form for kommunal «andrelinje» i forhold til barnehager, skoler og helsestasjoner. De benevnes også hjelpetjenester. Det er likevel til sammen flere ansatte i barnevernet som har svart på undersøkelsen enn det er fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Det er 5 % som har svart at de arbeider i et annet tjenestested, det er mange. Blant dem som svarer annet er det også en del som påpeker at de arbeider i barnehage, at de er lærere, at de arbeider på helsestasjonen og skolehelsetjenesten, der har hele fem respondenter krysset av utenfor den oppgitte kategorien, og at de arbeider som logoped eller i PP-tjenesten, seks arbeider i SFO, og fire er spesialpedagoger. Av dem som har en stilling reelt utenfor oppgitt kategori arbeider 12 enten i kulturskolen eller med kultur, åtte arbeider i en familietjeneste, sju arbeider i utekontakten, fem i videregående skole, fem i en kommunal fysioterapitjeneste og en i en forebyggende tjeneste. Svarene avspeiler også den svært varierte kommunale virkeligheten mht organisering av kommunale tjenester, og det nevnes enheter som tilrettelagte tjenester, flyktningetjenesten, koordinerende enhet, tilrettelagte tjenester og avlastningshjem. Noen arbeider også i navngitte team som spesialpedagogisk team, støtteteam og ungdomsteam.

1275 av de som svarer at de arbeider i skolen svarer på spørsmålet om hvilken stilling de har. Av dem er det 662 som er kontaktlærere, 66 er inspektører, 65 er rektorer, 29 er miljøarbeidere og 15 er helse- og sosialrådgivere. Kategoriene i spørreskjemaet har ikke fanget opp alle som er lærere uten at de har kontaktlærerfunksjon, og 273 har svart at de er forskjellige typer lærere i annet-kategorien. Dette inkluderer morsmåslærere og spesialpedagoger. Skjemaet har heller ikke fanget opp medarbeidere som er i SFO som er 27. I tillegg er det en del som oppgir at de er vernepleiere, barne- og ungdomsarbeidere og fagarbeidere. 36 er assistenter og 27 har enkelt og greit krysset av for annet.

Alle 565 som svarer at de er ansatt i barnehage går videre og svarer på hvilken stilling de er ansatt i. 176 er pedagogiske ledere, 168 er assistenter og 99 er styrere. Av de som oppgir annen stilling er det 39 pedagoger, det inkluderer spesialpedagoger, 23 førskolelærere, 22 fagarbeidere, det inkluderer miljøarbeidere, 18 er barne- og ungdomsarbeidere, og seks er pedagogiske ledere. De resterende har merkanfile jobber eller har krysset av kun for annet.

5.2.1 Forankring av prosjektet i kommunal organisasjon

En av hypotesene for prosjektet var at administrativ organisering vil påvirke muligheten til tverrfaglig samarbeid. Det er bare en kommune som har tonivåmodell på sin administrative organisering, de fleste har en kommunalsjefmodell. Det leder an til en antakelse om at de vil ha en god mulighet til å arbeide tverrfaglig hvis det prioriteres og forankres på politisk nivå og administrativt hos kommunalsjef.

I pilotkommunene varierer det hvor i den kommunale organisasjonen BTT-prosjektet er forankret. I noen kommuner har prosjektledere andre stillinger som prosjektlederjobben kommer i tillegg til. I en kommune er BTT-prosjektet forankret i NAV, men har en styringsgruppe som omfatter alle aktuelle enheter. I andre kommuner er prosjektet direkte underlagt kommunalsjefen for barn og unge og prosjektleder møter i gruppe der også kommunalsjef og enhetsledere for barnehage, helse og skole også møter. Prosjektet er også plassert i kompetanseavdelinger som har en stabsfunksjon for kommunalsjefen for oppvekst, og det er

plassert i rådmannens stab. I alle kommunene oppfattes det dit hen at prosjektet har god lederstøtte og er godt forankret. Å få ledelsesstøtte oppleves som en nødvendighet, og som prosesser som kunne ta noe tid. På tidspunktet for intervjuene opplever prosjektledere at prosjektene er godt forankret på enhets-, rådmanns- og politisk nivå. Prosjektene ble også ofte initiert på ledelsesnivå. Hva som er navnet på avdelingen eller sektoren der prosjektene er tilknyttet, varierer.

Det som ikke varierer er at prosjektene har prosjektledere, det er satt sammen prosjektgrupper og at det er etablert styringsgrupper. En kommune har fordelt prosjektlederjobben på tre personer i tre tjenesteenheter som hver arbeider i en 20 % stilling. Begrunnelsen for dette er at også andre enheter som er aktuelle for BTI skal ha tett kontakt med prosjektet – prosjektet er tverrfaglig og på denne måten spres eierforholdet til det. I de andre kommunene er prosjektlederjobben knyttet til en person. Medlemmene i styringsgruppene er sjefer for de aktuelle tjenesteområdene for BTI, og ofte en politiker. Prosjektet er altså forankret i kommunenes øverste ledelse. Dette varierer noe med størrelse og toppleder-forankringen er tydeligst i de små og mellomstore kommunene.

BTI blir karakterisert som et godt program og som et program som holder kommunene i gang. Det er milepæler, rapporter, innleveringer, besøk fra Helsedirektoratet. Det er god oppfølging i prosjektet. I neste runde vil det bli en mer ferdig pakke, men uansett må nye kommuner som skal ta BTI i bruk, gjennomføre en tilpasning, organisering og etablering av en intern samarbeidskultur for å gjøre programmet til sitt.

5.3 Kjennskap til veilederen ”Fra bekymring til handling”

Det er laget en veileder til kommunalt ansatte angående tidlig intervensjon på rusområdet. En veileder er et pedagogisk styringsvirkemiddel staten tar i bruk overfor kommunene. En veileder er enten veileder til lov og forskrift eller den er en faglig veileder som retter seg direkte mot fagpersoner som arbeider i kommunale tjenester. Fra bekymring til handling tilhører den siste gruppen.

Veilederen gir kunnskap om hvordan rusrelaterte problemer kan identifiseres og hva som er risiko- og beskyttelsesfaktorer for barn og unge i ulike aldersgrupper, samt gravide og eldre. Den gir videre innsikt i hvilke handlinger som kan være relevante for kommunale medarbeidere og når det kan være aktuelt å ta kontakt med barnevernet eller søke annen hjelp utenfor egen enhet og kommune. Også dette er knyttet til aldersgrupper. Til slutt tar den opp praktiske sider ved arbeidet for å intervensere tidlig overfor utsatte barn og unge. Den viser til hvordan det kan tas opp til diskusjon på arbeidsplassen, hvilke ressurser som kan være aktuelle og hvordan få oversikt over dem og hvordan det kan utarbeids gode rutiner og prosedyrer. Veilederen har kommet i fire opplag, det siste er fra 2010. Den er tilgjengelig på Helsedirektoratets hjemmesider.

Tabell 5.2 viser flere egenskaper ved ledere og ansatte i pilotkommunene. Den viser først og fremst at over halvparten av respondentene til undersøkelsen har vært ansatt i jobben sin i 8 år eller mer. Det er altså ikke spesielt høy turnover blant dem som har svart. Det andre tabellen forteller er at det i alle kategoriene er langt flere som ikke kjenner veilederen enn som kjenner den. Med andre ord: På tidspunktet for denne undersøkelsen (tidlig vinter 2013) må den sies å ha vært ukjent i pilotkommunene. Det tredje er at andelen som kjenner veilederen øker med antallet år ledere og medarbeidere har vært i jobben sin. Detaljene presenteres nedenfor:

Tabell 5.2 *Antall år ansatt, kjenner veileder* Prosent, hele tall i parentes (N=2260)

Antall år ansatt	>1	1-3	3-5	5-8	8<
Antall ansatte som har svart (N)	9 (208)	15 (336)	12 (264)	13 (287)	51 (1160)
Ja: Kjenner veileder	21 (44)	23,5 (79)	27 (71)	29 (83)	21,5 (250)
Nei: Kjenner ikke veileder	73 (153)	71 (238)	64 (169)	63 (182)	69 (804)

Tabellen summerer ikke til 100 vertikalt fordi vet ikke- og ikke svartandelen er utelatt

- Om lag 1/4 av respondentene kjenner veilederen «Fra bekymring til handling – en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet».
- Av dem som svarer er det størst andel ansatte 5-8 år som kjenner veilederen (29 %)

Igjen er altså den grunnleggende forutsetningen for tverrsektorielt og tverrfaglig arbeid, nemlig informasjon, mangelvare i kommunene.

Når det går videre med den andelen av respondentene som kjenner veilederen og de får spørsmålet om hvor godt de kjenner den, blir svarene som vist i tabell 5.3.

Tabell 5.3 *Andel som har hørt om, kjenner og bruker veilederen* Prosent, hele tall i parentes (N=527)

Har hørt om veilederen	54 (287)
Har lest veilederen	40 (212)
Bruker veilederen	10 (53)

- 10 % av de som har hørt om veilederen kjenner den så godt at de bruker den

Det er totalt 2260 respondenter i denne undersøkelsen og av dem er det altså kun 53 som bruker veilederen aktivt i sitt arbeid. Veilederen er en kilde både til informasjon og kompetanse om en del av de spørsmålene vi både har sett at ledere og medarbeidere lurer på og som vi i kapittel 6 skal se at det etterspørres kompetanse i. Dette er en mangel på informasjon som påvirker alle øvrige trinn i samordningsstigen.

5.4 Innhold i arbeidet for å fange opp barn og unge det knyttes bekymring til

Det er altså i underkant av 300 respondenter som kjenner veilederen så godt at de bruker den og også i kapittel to ble det vist til at informasjon angående flere sider ved arbeidet for å fange opp barn og unge det knytter seg bekymring til er manglende. Likevel er det mange som kan si seg helt eller delvis enige i et sett med

påstander om oppfølging av slike barn og unge. Hvordan fordelingen er på ulike påstander vises i tabell 5.4.

Tabell 5.4 *Påstander om oppfølging av barn og unge det er knyttet bekymring til* Prosent, hele tall i parentes (2240-2247)

Påstand	Helt uenig	Uenig	Både og	Enig	Helt enig	Vet ikke	Total
I min tjeneste oppdages barn/unge som lever i en belastende livssituasjon i en tidlig fase	2 (50)	7 (161)	34 (771)	34 (774)	16 (353)	6 (138)	99 (2247)
I min tjeneste undersøkes alle bekymringer	3 (68)	8 (185)	23 (523)	33 (753)	24 (534)	8 (182)	99 (2245)
Barn og unge/familier det er knyttet bekymringer til får nødvendig støtte, hjelp og oppfølging i vår kommune	2 (54)	14 (308)	30 (668)	25 (561)	7 (167)	21 (482)	99 (2240)
Informasjon om hjelp og støtte til barn og unge det er knyttet bekymringer til er lett tilgjengelig i vår kommune	4 (83)	14 (317)	32 (720)	23 (527)	7 (167)	19 (428)	99 (2242)

Alle disse påstandene er positive, dvs. tjenestene scorer bra hvis respondentene svarer enig eller helt enig. Antallet som unnlot å svare var mellom 14 og 21 på alle spørsmålene, dette utgjør ca. en prosent.

- 24 % svarer helt enig på påstanden «I min tjeneste undersøkes alle bekymringer»
- 34 % er enige og svarer både og på påstanden om at «I min tjeneste oppdages barn/unge som lever i en belastende

livssituasjon i en tidlig fase»

Den første påstanden har også en høy andel respondenter som er enige (33 %) og det er en lav vet ikke-andel (8 %). Den andre påstanden har en lav helt enigandel (16 %), men den har en lav vet ikke-andel (6 %), som må tolkes positivt. Påstanden «Barn og unge/familier det er knyttet bekymringer til får nødvendig støtte, hjelp og oppfølging i vår kommune» er en av to påstander som ikke viser til et like positivt bilde. Det er noen flere som er uenige i den (14 %), det er noen færre som krysser av for både og (30 %), og enige (25 %), det er langt færre som krysser av for helt enig (7 %) og det er langt flere som krysser av for vet ikke (21 %).

Dette kan tyde på at i det øyeblikk observasjonene av barn og unge som er i en vanskelig situasjon bør materialisere seg i faktiske tiltak, så er kunnskapen blant ansatte i tjenestene lavere; de vet ikke hva som bør skje. Den store andelen vet ikke-svar tyder på dette. Også påstanden «Informasjon om hjelp og støtte til barn og unge det er knyttet bekymringer til er lett tilgjengelig i vår kommune» viser til den samme trenden. Denne har den laveste andelen enig-svar (23 %), og bare 7 % som er helt enig, men har en noe lavere vet ikke-andel enn forrige påstand (19 %).

5.5 Bekymring og handling ved bekymring

Det er mange som har vært bekymret for barn og unge i løpet av de siste tolv måneder og 79 % av de 2260 respondentene til undersøkelsen oppgir dette. 18 % oppgir at de ikke har vært bekymret, mens de resterende 3 % ikke vet. Å være bekymret er ikke avgrenset til ansatte, også på ledernivå er det mange som i løpet av de siste 12 månedene har vært bekymret for barn og unge. Av de som har en lederposisjon, og som har svart på spørsmålet (439), er det 87 % som har vært bekymret, mens 11 % ikke har vært det.

Det er forskjellige handlinger ledere og medarbeidere kan gjennomføre ved bekymring for utsatte barn og unge. Det er 1785 respondenter som har gått videre og svart på hva de gjorde med sin bekymring og fordelingen på dette vises i tabell 5.5.

Tabell 5.5 *Handling ved bekymring* Prosent, hele tall i parentes
(N=1785)

Handling	Andel
Konfererte med nærmeste overordnede	63 (1125)
Fulgte opp umiddelbart	44 (793)
Tok kontakt med en annen tjeneste	40 (723)
Diskuterte saken anonymt med en kollega	35 (626)
Avventet situasjonen	6 (115)
Visste ikke hva jeg skulle gjøre	1 (12)

Tabellen summerer ikke til 100 fordi respondentene kunne svare på flere alternativer

- 44 % oppgir at de fulgte opp umiddelbart
- 40 % tok kontakt med en annen tjeneste

I kapittel tre ble det vist til at rolleklarheten var forholdsvis stor og sitatene i avsnitt 4.3.2 om roller presenterte erfaringer med ledelsen som pekte mot både ulike forståelser og direkte konflikt mellom medarbeider og ledelse angående observasjoner av barn og unge det knytter seg bekymring til. Likevel viser tabell 5.5 at å ta kontakt med overordnet er den vanligste handlingen ved bekymring (63 %). En stor andel diskuterte saken anonymt med en kollega (35 %). Få avventet situasjonen og svært få oppgir at de ikke visste hva de skulle gjøre. Samtidig er det mulig å tolke frafallet på spørsmålet som mangel på kunnskap om hva som skal gjøres i slike situasjoner. Hva det vil si å følge opp umiddelbart er ikke klart, men trolig vil det innebære at medarbeiderne eller enheten selv kan håndtere den aktuelle bekymringen ved å samtale med barnet/den unge/foreldre eller yte en annen form for tjeneste.

Det er 40 % som oppgir at de har tatt kontakt med en annen tjeneste. Det tyder på at erfaringsgrunnlaget ledere og medarbeidere har for å vurdere andre tjenester og samarbeidet med andre tjenester, som gjøres i tabellene 4.4 og 4.6, er magert.

Tabell 5.6 *Skriftlige rutiner for tverrfaglig samarbeid om bekymringshåndtering* Prosent, hele tall i parentes (N=2260)

Ja	Nei	Vet ikke	Annet	Ikke svart	Total
56 (1275)	16 (356)	18 (409)	5 (113)	5 (107)	100 (2260)

- 56 % av ansatte i pilotkommunene vet at det er skriftlige rutiner for bekymringshåndtering.

Ettersom det har vært mulig for respondentene å legge inn tekst direkte i annet-rubrikken når de har svart, har de gitt ekstra informasjon av varierende nytte også her. For eksempel opplyser de om at dette er noe de ikke kjenner til – de har skrevet inn at de ikke vet fordi skjemaet ikke ga dem en vet ikke-kategori. De som har svart vet ikke er derfor talt opp manuelt. Da blir resultatet at det er 18 % av de ansatte som ikke vet om slike rutiner foreligger, mens det er 16 % som svarer klart at det ikke foreligger slike rutiner i deres kommune, mens 5 % svarer annet.

Av de 56 % (1275) som svarer ja på spørsmålet er det 69 % (880) som også svarer ja på spørsmålet om rutinene har vært fulgt opp av leder eller andre de siste 12 måneder. 30 % svarer enten nei eller de vet ikke. Den siste prosenten har ikke svart på spørsmålet. De 880 respondentene går videre og svarer på spørsmålet om hvordan rutinene er utformet. Oversikt over måter rutinene kan følges opp på vises i tabell 5.7.

Tabell 5.7 *Oppfølging av skriftlige rutiner for tverrfaglig samarbeid* Prosent, hele tall i parentes (N=880)

Rutiner	Ja	Nei
Veiledning	73 (642)	27 (240)
Opplæring	25,5 (224)	74,5 (655)
Kontroll	20 (175)	80 (704)
Annet	8 (73)	92 (808)

Ikke uventet er det veiledning som er den mest brukte oppfølgingsrutinen og 73 % svarer at det er den som brukes. Kontroll er lite brukt (20 %), mens 25,5 % mener at rutinen er opplæring. Disse kategoriene er ikke gjensidig utelukkende,

respondenter kan ha krysset av for flere typer rutiner, tabellen summerer derfor ikke til 100.

5.6 Metodikk og verktøy

Intervjuene med prosjektledere i kommunene tok opp spørsmålet om hvordan tverrfaglig samarbeid kan omsettes til praktisk arbeid i hverdagen, og hvilke metoder og verktøy kommunene benytter for å få dette til.

Både skoler og barnehager, som er de tjenesteenhetene det er flest av i kommunene, og medarbeidere i slike enheter, anses som å ha høy kompetanse. Barnehagene har assistenter og miljøarbeidere, slike kan være faglærte barne- og ungdomsarbeidere. På grunn av den storstilte barnehageutbyggingen det har vært de siste årene oppfattes det som en utfordring å rekruttere nok fagutdannet personell til barnehager i noen kommuner. Mange som arbeider i skole og barnehage er lærere eller barnehagelærere og oppfatter trolig ikke at deres utdanning har et fokus på identifisering av barn og unge som er i en utsatt situasjon, samtalen som skal gjennomføres med barna og de unge, samt foreldre og tverrfaglig samarbeid. Slike faktorer oppfattes som en vital del av spørsmålet om hva som gjøres når barn og unge er identifisert som å være i en utsatt posisjon.

Prosjektlederen i to kommuner viser til at kommunene har systematisert opplegg for opplæring innenfor flere tjenesteområder. Dette gjennomføres blant annet som samarbeid med hjelpetjenestenes andrelinje. Det satses på å skape et kunnskapsgrunnlag innenfor flere tjenester som går på hele mennesket. Opplæring i tilknytning til BTI settes altså inn i systemer og programmer for opplæring som allerede er på plass. To kommuner gjennomfører mye av dette arbeidet i et interkommunalt samarbeid. I en annen kommune oppgis det at det er erfaring med å implementere ”ferdige” modeller fra et prosjekt de har vært med på tidligere. De lærte at det må gjøres et grundig arbeid med å tilpasse modellen til egen kommune.

Prosjektledere flest oppgir at det arbeides med maler og skjema for å tilpasse dem til egne, lokale forhold. Dette gjelder skjemaene som er vedlagt veilederen om tidlig intervensjon på rusområdet og det antas at hvis kommunale medarbeidere blir kjent med skjemaene

vil de i større grad bli brukt. Andre oppgir at det er startet et arbeid for å klargjøre innholdet i bekymringsbegrepet og at det nå er valgt å legge dette vekk fordi assosiasjonene til barnevernet er for sterke. Problemstillingen erstattes med begrepet ”undring”, blant annet for å flytte terskelen og gjøre det noe mindre alvorlig å bli oppmerksom på at et barn eller en ung er i en vanskelig situasjon. Samtalene som skal tas med barn og unge, samt deres foresatte kalles ”undringsamtale” og prosjektledere oppgir at det er laget veiledere for tverrfaglig samhandling som skal strukturere opplæring i og gjennomføring av tverrfaglig samarbeid.

Et par prosjektledere oppgir at deres kommune har erfaring med Kvellos metode for tidlig intervensjon i barnehager. En kommune koblet BTI med et prosjekt kalt ”Løft for læring”. Dette har fokus på klasseledelse og arbeider med utforming av voksenrollen. Der lages det en metodikk i form av rutiner og beskrivelser for samarbeid med foreldre. Arbeidet inngår som en del av den handlingseveilederen som skal lages for BTI. Den skal hete ”Fra undring til handling” og skal være et verktøy for handling.

En prosjektleder oppgir at de har arbeidet med et program som kalles ”Barnets røst” som har gitt dem viktige innspill til hvordan de kan involvere barn og unge i avgjørelser som skal tas i arbeidets løp. Dette gir også innspill til det arbeidet kommunen gjør med brukermedvirkning. Kommuner har også gjennomført opplæring i tverrfaglig arbeid i tilknytning til BTI-prosjektet, og de har også erfaring fra å ha gjennomført slik opplæring i tilknytning til prosjekter med jevne eller ujevne mellomrom.

Andre kommuner enten har, eller har tenkt på, å invitere representanter fra en av de aktuelle danske kommunene for å holde foredrag eller bidra på fagdager. Oppfatningen er at det læres mye ved å ha kontakt med andre kommuner, både danske og norske. Å høre hva andre har gjort, når det oppfattes som fornuftig, er lærerikt. Det kan være en motivasjon i det å høre og se hva andre gjør, og hva de har fått til. Ellers er det de juridiske elementene og teknikk for samtaler med barn og voksne som er lengst framme hos kommunale prosjektledere og prosjektansvarlige. De opplever at det er der det er mye å hente for medarbeidere.

Alle prosjektlederne oppfatter at det er viktig å tilpasse verktøy og metodikker til situasjonen i egen kommune. Kommunene anses å

være forskjellige både angående organisering og hvordan de arbeider med spørsmålene som inngår i dette bildet. Oppfatningen er at det ikke er mulig å ”adoptere” en modell for tidlig intervensjon og tverrfaglig samarbeid fra en annen kommune, og i denne sammenhengen som regel fra en dansk kommune, og forvente at den blir godt implementert i egen kommune. Det kan spesielt være vanskelig å hente noe fra danske kommuner som oppfattes som ulike de norske. Det kan likevel hentes ideer og inspirasjon fra det andre har gjort – ideer og inspirasjon til å tenke modeller – og elementer av det andre kommuner har gjort kan passe for egen kommune. Dette gjelder særlig for tverrfaglig samarbeid, som noen prosjektledere oppfatter at deres kommune må tenke omkring på en annen måte enn de gjør nå.

5.7 Oppsummering

Kapittelet viser at det er medarbeidere i skoler og barnehager som utgjør hovedbolken (82 %) av dem som svarer på undersøkelsen og at mange som svarer ikke har funnet en medarbeiderkategori de mener har passet for dem. Intervjuer med prosjektlederne viser at det oppfattes dit hen at prosjektene er godt forankret i den kommunale organisasjonen. De har prosjektleder, prosjektgruppe og styringsgruppe. Prosjekt- og styringsgrupper er satt sammen av ledere for flere enheter, samt at det i de fleste kommunene er med relevante politikere i styringsgruppen. Kun en kommune har flat struktur på sin administrative organisasjon, de andre har en kommunalsjefmodell. Det vil si at det er en form for hierarki i den administrative organisasjonen, men som tabell 2.1 viser, varierer antall nivåer mellom kommuner. Fordelen med kommunalsjefmodellen angående tverrfaglig samarbeid er at det kan foregå koordinering på et nivå over enhetsledere. Det er dermed et potensial for at alle prosessene fram mot enighet i holdning og handling kan få sterkere institusjonell støtte enn det enhetsmodellen i den flate strukturen kan tilby. Koordinering og samarbeid kan dermed foregå ut fra autoritative beslutninger fattet på overordnet nivå.

Kun en kommune hadde medarbeidere som i særlig grad oppgav at de kjenner veilederen ”Fra bekymring til handling”. Veilederen gir deler av de opplysningene vi i neste kapittel skal se at etterspørres, men var stort sett ukjent for de medarbeiderne som

er i en posisjon som medfører at det faktisk er aktuelt å bruke den. Det som var noe oppløftende er at kjennskapet til veilederen økte med antall år medarbeidere hadde vært ansatt i kommunen. Selv om veilederen i liten grad var kjent er medarbeidere midt på treet i sine oppfatninger av om barn og unge det knyttes bekymringer til følges opp. Det er lite i forhold til antallet som oppgir at de faktisk har vært bekymret for barn og unge i løpet av de siste tolv månedene (79 %). Mange medarbeidere oppgir at de har handlet på sin bekymring ved å følge opp umiddelbart og ta kontakt med en annen tjeneste.

56 % vet at det foreligger skriftlige rutiner for tverrfaglig samarbeid om bekymringer i deres kommune. Av disse er det 69 % som også vet at rutinene er fulgt opp av ledere. Rutinene for oppfølgingen dreier seg om veiledning, opplæring og kontroll. I kommunene arbeides det med å følge opp det tverrfaglige arbeidet mht å tilpasse metodikker og verktøy til egen kommune. Det eksperimenteres også en del med måter å finne inspirasjon og motivasjon til å drive arbeidet.

Handling, og aller helst felles handling, er det tverretatlige og tverrfaglige idealet når ledere og medarbeidere i aktuelle tjenesteenheter i pilotkommunen observerer at det kan knyttes bekymring til barn og unge. I forrige kapittel ble det vist til nødvendigheten av informasjon og kunnskap, samt muligheter for konsultasjon, dialog og diskusjon. I dette kapitlet er disse spørsmålene også behandlet og det er vist til at konferering med nærmeste overordnede er den vanligste handlingen som utføres ved bekymring, samt at diskusjon med kolleger og kontakt med annen tjeneste også gjennomføres. Det er ikke informasjon om i hvilken grad slik kontakt følger etablerte rutiner eller om initiativet tas ad-hoc ut fra behovet i hvert enkelt tilfelle. Sitatene fra åpne spørsmål som ble presentert i kapittel fire og som skal presenteres i kapittel seks, tyder på at kontakten tas ad-hoc. Uansett tas slik kontakt også for å skape enighet om meninger og holdninger og er dermed også sentrale for felles handling.

6 Kompetanse og opplæring

6.1 Innledning

For at ledere og medarbeidere i pilotkommunene skal kunne arbeide med barn og unge det knyttes bekymring til må de ha tilstrekkelig informasjon, kunnskap og kompetanse. I dette kapitlet presenteres det data som viser at ledere og medarbeidere ofte ikke selv opplever at de har tilstrekkelig kompetanse på dette feltet.

Veilederen ”Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet” gir mye informasjon. For eksempel er den tydelig på hvordan problemer kan identifiseres, hvilke signaler det kan ses etter hos ulike grupper barn og unge, samt hos foreldre, og konkret angående hva som kan gjøres når problemet er identifisert. Den har avsnitt om beskyttelses- og risikofaktorer og den gir tilgang til verktøy for å identifisere rusbruk blant barn og unge, samt gravide, i form av avkrysningstester ansatte i tjenestene kan ta i bruk. Den spesifiserer også konkret hvordan det er mulig å gå fram hvis det skal meldes fra til barnevernet. Videre har den avsnitt om taushetsplikt og plikt til å gi opplysning, samt til nettsteder der det er mulig å finne mer informasjon og informasjon om videre lesning og litteratur. Den er med andre ord rikholdig og inneholder informasjon om det meste dette kapitlet vil vise at ledere og medarbeidere i pilotkommunene etterspør kunnskap og opplæring om. I kapittel fire ble det imidlertid vist til at denne veilederen var så godt som ukjent for ledere og medarbeidere i aktuelle enheter i pilotkommunene. Da blir opplæring viktig for at medarbeidere skal mene at de har tilstrekkelig kompetanse til å gjennomføre slike arbeidsoppgaver.

6.2 Kompetanse og opplæring i pilotkommunene

Arbeidsoppgaver og opplæring for å gjennomføre dem er et sentralt spørsmål når det gjelder å oppdage barn og unge som er sårbare for rusrelaterte problemer. Gjennomføring av samtaler med barn og unge, samt deres foresatte er en sentral del av arbeidet med bekymringene ledere og medarbeidere i tjenestene gjør seg. Tabell 6.1 handler om gjennomføring av samtaler med barn og unge, samt opplæring, tabell 6.2 om samtaler med foresatte og tabell 6.3 om bruk av verktøy.

Tabell 6.1 *Samtaler med barn og unge og opplæring i å gjennomføre slike samtaler* Prosent, hele tall i parentes (N=2260)

	Ja	Nei	Vet ikke	Ikke svart	Total
Gjennomført samtaler med barn og unge	59 (1342)	39 (871)	1 (27)	1 (20)	100 (2260)
Fått opplæring i å gjennomføre samtaler med barn og unge	15 (329)	83 (1867)	2 (42)	1 (22)	100 (2260)

- 59 % av ansatte i pilotkommunene har gjennomført samtaler med barn og unge det knytter seg bekymring til
- 15 % av ansatte i pilotkommunene har fått opplæring i å gjennomføre slike samtaler

Mange har altså gjennomført samtaler med barn og unge og trolig har langt de fleste av dem gjort det uten å selv mene at de har fått opplæring i å gjennomføre dem. Vet ikke-andelen er liten.

Det samme gjelder for samtaler med foresatte som vises i tabell 6.2.

Tabell 6.2 *Samtaler med foresatte og opplæring i å gjennomføre slike samtaler* Prosent, hele tall i parentes (N=2260)

	Ja	Nei	Vet ikke	Ikke svart	Total
Gjennomført samtaler med foresatte	56 (1273)	42 (948)	1 (17)	1 (22)	100 (2260)
Fått opplæring i å gjennomføre samtaler med foresatte	11 (244)	87 (1973)	0	2 (43)	100 (2260)

- 56 % av ansatte i pilotkommunene har gjennomført samtale med foresatte
- 11 % av ansatte i pilotkommunene har fått opplæring i å gjennomføre samtale

Det er 87 % som ikke har fått opplæring i å gjennomføre samtaler med foresatte. Ansatte i pilotkommunene gjennomfører altså i stor grad arbeidsoppgaver som må karakteriseres som vanskelige og krevende uten at de har fått relevant opplæring. Fordelt på kommuner viser dette ikke til at noen kommuner har satset mer på opplæring enn andre. De store kommunene har naturlig nok hatt flere på opplæring enn de små.

Den siste tabellen i denne rekken handler om å ta i bruk verktøy, blant annet for å gjennomføre slike samtaler.

Tabell 6.3 *Bruk av verktøy og opplæring i bruk av verktøy* Prosent, hele tall i parentes (N=2260)

	Ja	Nei	Vet ikke	Ikke svart	Total
Bruker verktøy	28 (630)	57 (1293)	13 (300)	2 (37)	100 (2260)
Fått opplæring i bruk av verktøy	11 (244)	86 (1935)	2 (54)	1 (27)	100 (2260)

- 28 % av ansatte i pilotkommunene bruker verktøy for å identifisere sårbare barn og unge
- 11 % av ansatte i pilotkommunene har fått opplæring i bruk av slike verktøy

Både ledere og medarbeidere i pilotkommunene gjennomfører altså arbeidsoppgaver de ikke selv mener de har fått opplæring i. Vi har imidlertid ikke det fulle bildet av hvilken utdanning ledere og medarbeidere i pilotkommunene har, vi kan derfor ikke trekke den slutningen at den typen opplæring som etterspørres her er noe de overhodet ikke har fått noen form for opplæring i. Det er mer og mer vanlig at ledere og medarbeidere i slike tjenester har minimum en treårig helse- eller velferdsutdanning, og slik opplæring gis til dels i disses grunnutdanning.

Det er også spurt om ansatte i pilotkommunene i løpet av de siste 24 måneder har fått opplæring i taushetsplikt, opplysningsplikt, opplysningsrett og samtykke. Som det ble vist til inneholder veilederen informasjon om taushetsplikt og opplysningsrett- og plikt, samt at den sier litt om samtykke. Hvordan svarene fordeler seg vises i tabell 6.4:

Tabell 6.4 *Opplæring i taushetsplikt, opplysningsplikt, opplysningsrett og samtykke* Prosent, hele tall i parentes (N=2260)

Fått opplæring i	Ja	Nei	Vet ikke	Ikke svart	Total
Taushetsplikt	38 (855)	59 (1338)	2 (39)	1 (28)	100 (2260)
Opplysningsplikt	35 (791)	59 (1328)	4 (86)	2 (55)	100 (2260)
Opplysningsrett	25 (553)	65 (1480)	7 (158)	3 (69)	100 (2260)
Samtykke	27 (600)	62 (1414)	8 (173)	3 (73)	100 (2260)

- Det største flertallet av ansatte i pilotkommunene har ikke fått opplæring i noen av disse temaene
- Av de som har fått opplæring har flest (38 %) fått det om taushetsplikt

Mange benyttet anledningen i det åpne spørsmålet om barrierer til å uttrykke hva de mener er vanskelig mht hva disse konkrete arbeidsoppgavene faktisk krever av dem. Nedenfor presenteres derfor noen sitater som tar opp dette.

1. Du vet at du må igjennom noen vanskelige runder med foresatte o.l. 2. Noen ganger vet du at du møter motstand fra andre kollegaer for å melde bekymring. Det er mange som vegrer seg veldig for å melde fra, og avventer situasjonen. 3. Du er usikker på om du har nok "hold" i din bekymring og du skulle ønske du kunne drøftet saken med andre som er/har vært involvert i barnet.

Ved bekymring for barn og barns omsorgsmiljø. Savner mulighet til å få konkret veiledning i enkeltsituasjoner (på avdelingsnivå). Ped.ledere: Trygghet i forhold til egen kompetanse og profesjonsrolle (ansvarliggjøring/myndiggjøring) Mange ufaglærte assistenter i barnehagen. Ofte med sterk posisjon innad i barnehagen

Usikker på saken er reell – stor nok. Usikker på retningslinjene – hvem som skal kontaktes. Usikker på hva som skal skrives i en rapport

Frykten for å faktisk ta feil. Frykten for samarbeidet. Frykten for at barnet vil få det enda vanskeligere hjemme om bekymringen blir meldt

Er i tvil - er dette grunn til bekymring? Redd for å ødelegge et godt samarbeid med foresatte

Usikker på grad av alvorlighet. Tungvint å komme i kontakt med annen tjeneste, (eks. barnevern, BUP, fastlege). Mangel på tid/kapasitet

At jeg har for lite konkret informasjon til å ta det videre bekymringsmelding - dilemma omkring taushetsplikt

Flere i tjenesten du skal diskutere med for å bli enig. Forskjellige grenser på hva vi synes er bekymrende. Vegring for hva det får av konsekvenser

Den vanskelige samtale. Redd for reaksjonene det vil frambringe hos foreldre. Redd for å ta feil i bekymringa

Redd for å gjøre feil og ta feil. Redd for dårlig foreldresamarbeid

Usikkerhet. Frykt for å ta feil. Man venter og ser hvordan det går

At man kan være redd for konfrontasjon med foreldre som man fortsatt skal ha daglig samarbeid, hvis man tar feil

Kjennskap. Usikker på signal. Mangel på kunnskap om oppfølging

Har ikke kompetanse, og kontakter da helsesøster og/eller sosiallærer på skolen, de har gjerne mange saker og liten avsatt tid til dette arbeidet. Mange saker/bekymringer

Usikkerhet hos den som er bekymret. Manglende kompetanse/ rutiner på arbeidsplassen Redd/ usikker på hva som videre skjer

1.usikkerhet knyttet til alvorlighetsgrad. 2.kan oppleves av enkelte som stigmatisering av familie og barn. 3. usikkerhet knyttet til at man tolker situasjonen riktig

Sitatene peker i stor grad på at informasjonen og kunnskapen om hva som er gode signaler på at det er grunn til å bekymre seg er mangelfull og at det oppfattes av mange som at informasjonen de har ikke er tilstrekkelig for å ta bekymringen videre. Sitatene peker også på at selve samtalen er vanskelig, men de peker også på at medarbeidere kan være usikre på konsekvensene en samtale kan ha for samarbeidet de har med foreldre og på hva som er prosessen videre.

Mange ansatte ønsker seg opplæring i tema som angår identifisering av barn og unge, samt samtaler med dem og deres foresatte om at det knytter seg bekymring til dem. Hvordan ønskene fordeler seg på tema vises i tabell 6.5.

Tabell 6.5 *Ønsker opplæring* Prosent, hele tall i parentes (N=2260)

Ønsker opplæring i tema	Ja	Nei	Vet ikke	Ikke svart	Total
Samtalemetodikk knyttet til barn og unge	80 (1793)	14 (316)	5 (119)	1 (32)	100 (2260)
Identifisere beskyttelsesfaktorer hos barn/unge og deres omgivelser	76 (1719)	15 (334)	7,5 (171)	1,5 (36)	100 (2260)
Fange opp tegn hos foresatte	76 (1714)	16,5 (368)	6,5 (146)	1 (32)	100 (2260)
Identifisere tegn på problemfylt omsorgssituasjon	76 (1708)	18 (406)	5 (121)	1 (25)	100 (2260)
Muligheter og begrensninger i regler*	74 (1675)	18 (402)	6 (132)	2 (51)	100 (2260)
Samtale med foresatte	72 (1631)	20 (462)	6 (137)	1 (30)	100 (2260)

*Taushetsplikt, opplysningsplikt, opplysningsrett og samtykke

- Over 70 % av ansatte i pilotkommunene ønsker seg opplæring i tema som angår identifisering og samtaler med barn og unge og deres om bekymringer
- 80 % ønsker opplæring i metodikk for å samtale med barn og unge

Det er ingen av kommunene som utmerker seg ved at flere eller færre av de ansatte mener de trenger mer opplæring om temaet, det er om lag $\frac{3}{4}$ som mener dette i alle kommunene uansett svarprosent. Som det ble vist til i tabell 5.3 har ansatte i all overveiende grad ikke kjennskap til veilederen «Fra bekymring til handling». Å ha lest den eller hatt kjennskap til deler av innholdet ville ha gitt ansatte en viss kunnskap om de temaene som her etterlyses. Det er imidlertid en forskjell mellom å ha lest en veileder og ha fått opplæring og det kan uansett trekkes en konklusjon om at opplæringsbehovet hos ansatte oppleves som stort.

6.3 Intervjuer med prosjektledere om opplæring

Det er 8 kommuner som er med i pilotprosjektet, da er det også 8 prosjektledere som har gjort seg tanker om hva det trengs opplæring i relatert til BTI og hvordan dette bør gjennomføres.

Behov for opplæring

Selv om flere kommuner har arrangert fagdager og lignende der problemstillinger knyttet til BTI har vært behandlet, bekrefter prosjektlederne i alle kommunene inntrykket fra spørreundersøkelsen om at behovet for opplæring oppfattes som stort.

Behovet for opplæring ble spesielt knyttet til identifisering og handling, tverrfaglig samarbeid, de juridiske elementene i taushetsplikt etc. i forhold til utsatte barn og unge, i alle de 8 kommunene i forundersøkelsen. Behovet for opplæring angående disse punktene oppleves også som stort av prosjektlederne. Det varierer likevel hvordan kommunene velger å tilnærme seg opplæringsspørsmålet.

Prosjektlederne oppgir at kommunene deres har arbeidet med veilederen ”Fra bekymring til handling”. En har hatt fagdag der denne ble gjennomgått. At denne har vært til behandling i kommunen gjenspeilte seg i svarprosenten til undersøkelsen. Kommunen har også hatt faglig påfyll angående rusforebygging, samt utviklingstrekk og trender. Også en annen kommune hadde arbeidet med veilederen. Her er rektorer og barnehagestyrere kurset, og det er laget rutiner for hvordan det skal handles i enheter ved mistanke om at barn og unge er i en utsatt posisjon. Disse er av en slik art at de skal følges opp hvert år.

I motsetning til i kommunen det refereres til over, skapte kartleggingen bekymring i kommuneledelsen fordi dette arbeidet ikke kunne leses ut av resultatene fra den. Det ble stilt et spørsmål om hvordan det kunne lages opplæringstiltak på enhetsledernivå i skoler og barnehager for å sørge for at kunnskapen nådde ned til dem som skulle ha den, altså medarbeidere i frontlinjen. Også i en annen kommune var prosjektlederen overrasket over det store behovet for opplæring som kom til uttrykk. For denne kommunen gjaldt det spesielt dette med å ha undrings- eller bekymringsamtale

med barn og foreldre. Dette skapte litt uro i systemet kommunen hadde etablert for arbeidet framover, der det ikke var lagt inn at medarbeidere skulle kurses i disse temaene og arbeidet med å iverksette loggen ble derfor utsatt. Opplæring i disse temaene ble da gjennomført i etterkant av undersøkelsen.

Det er altså et behov for opplæring angående de fleste tema som omfattes av BTI: Hvordan man går fram for å identifisere barn og unge som er i en utsatt posisjon. Spesielt nevnes tegn og symptomer, altså det å kunne identifisere barn og unge som er i en utsatt posisjon ut fra risikofaktorer. Det påpekes også at dette behovet er størst i skoler og barnehager, altså blant det personellet som er i frontlinjen og ser barna hver dag. En prosjektleder reflekterer over om BTI kanskje kan spesifisere at kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer er et godt grunnlag for å gjennomføre tidlig intervensjon.

Vedkommende mente det bør gis en pekepinn på hvilken kunnskap som bør ligge i bunn for å gjennomføre tidlig intervensjon. Både kommuner og medarbeidere kan være på forskjellig sted i sin oppfatning om og sin faktiske kunnskap om slike faktorer. Oppfatningen var at en slik opplysning vil kunne samle dem litt angående holdninger og handlinger. De har ofte en treårig utdanning, men pedagoger har ikke nødvendigvis opplæring i mange av disse spørsmålene fra sin utdanning. Opplæring i ”å se” – identifisering av barn og unge i en utsatt situasjon – savnes altså.

Opplæringsbehovet blir også oppfattet som stort angående hva som er neste skritt: ”Hva gjør vi med det vi ser” – etter at utsatte barn og unge er identifisert? Hvem tar man kontakt med og hvorfor bør det tas kontakt. For eksempel kommer det fram i flere av pilotkommunene at spesielt barnevernet får saker for sent.

Medarbeidere i kommunene oppgir også i kartleggingsundersøkelsen at de trenger opplæring i samtalemotodikk – hvordan tas bekymringer opp med foresatte og hvordan samarbeides det med foresatte etter at bekymring er meldt. Også angående samtaler med de barn og unge det gjelder, oppleves det et behov for kunnskap. Involvering av barn og unge er også et tema prosjektlederne oppfatter at det er behov for kunnskap om. Det trengs også opplæring i tverrfaglig arbeid og hvordan det gjennomføres.

Tjenesteenheter som er aktuelle for BTI har lang erfaring med tverrfaglig arbeid, dette gjelder spesielt for skoler og barnehager, men det oppgis at de ikke nødvendigvis oppfatter sine erfaringer som så veldig vellykket. Barnehager er trolig de tjenesteenhetene som i størst grad har savnet opplæring i tverrfaglig arbeid. Skoler kan dette litt bedre. De er mer vant til å fatte enkeltvedtak og arbeide opp mot individuelle planer. BTI medfører at det settes ekstra trykk på tverrfaglig arbeid og mange prosjektledere oppfatter at det er der skoen trykker – hvordan skal man manøvrere i dette landskapet.

Spørsmål de stiller er hvordan det kan skapes felles holdninger og handlinger og felles oppfatninger om hva som skal legges i de ulike begrepene som brukes i BTI-sammenheng (intervjuer alle kommuner). En prosjektleder oppgir at de, angående tverrfaglig samarbeid, lager skreddersøm for hver tjeneste og de hjelpetjenestene som er knyttet til den. Det retter seg både mot individnivå, altså mot enkeltpersoner, men også mot etableringen av møter og rutiner. Det skal også gås nærmere gjennom strukturer for samarbeid – hvem gjør hva, når. Det skal settes mål for samarbeid: Hvordan gjennomføres samarbeid når vi er på vårt beste, samt hva hemmer og fremmer samarbeid. Hver tjeneste skal ha et team som de inngår i med de nødvendige samarbeidspartnere.

Prosjektlederen oppgir videre at loggen skal føre samarbeidet mellom nivåer, fra en til to, fra to til tre, og at dette skal det utarbeides rutiner for. Særlig ser de på den andre overgangen som viktig og det etableres derfor en rutine i form av et møte og en samtale for å sikre den, og det etableres ulike resultater rutinene kan lede til – for eksempel hvilken tjeneste som skal ha ansvar eller at det kan foregå henvisninger til ulike hjelpetjenester. Loggen blir hos den tjenesten barnet eller den unge er i på nivå to, barnevernet skal ikke være stafettholder. Den tjenesten må ha en positiv valør.

Hvordan det, ved å ta i bruk en form for logg, kan gjennomføres oppfølging og derigjennom tverrfaglig samarbeid er viktig for pilotkommunene å få kunnskap om. Loggen oppfattes som motivator og det enkeltelementet som systematiserer og ordner i samarbeidet. Opplæring i loggen betraktes derfor som noe av det viktigste for alle prosjektlederne for å kunne arbeide tverrfaglig med BTI-spørsmål. Mange kommuner har mye erfaring med å

iverksette modeller for tverrfaglig arbeid og det oppfattes som mer eller mindre vellykket. Derfor er det knyttet håp til loggen, om at den skal kunne ordne det tverrfaglige samarbeidet og fungere som en handlingseveiledning for selve samarbeidet. Det understrekes av en prosjektleder at loggen er et teknisk hjelpemiddel, men at det likevel knyttes forventninger til å ta et slikt redskap i bruk.

6.4 Modeller for opplæring

I e-post fra evalueringsprosjektet til kommunene ble det foreslått fire modeller for opplæring for å ha et utgangspunkt for samtale. Modellene er:

- Sentrale myndigheter (Helsedirektoratet) iverksetter et program med stimuleringsmidler der kommunene kan søke om midler for å gi sine medarbeidere opplæring. Søknader koordineres av fylkesmannen og midlene kan brukes til å gi medarbeidere opplæring i det ordinære utdanningssystemet
- De regionale KORUS` styrker og systematiserer sin nåværende funksjon i opplæringsøyemed
- Kommunene er på egenhånd ansvarlig for medarbeideres opplæring
- Sentrale myndigheter (Helsedirektoratet) lager et opplegg for undervisning som kan fungere som et egenorganisert opplæringstilbud i kommunene. For eksempel med videoforelesninger

I tillegg ble det i samtalene luftet en modell for kommunalt samarbeid med høgskole eller universitet.

Med unntak av en kommune har alle sendt to eller flere medarbeidere på en videreutdanning som tilbys av Høgskolen Stord og Haugesund i ”tverrprofesjonelt samhandling”. Det er likevel usikkert for alle om slike utdanningsløp kan settes i system fordi det er dyrt. Prosjektledere i kommuner som har tilbudt medarbeidere utdanning på høgskolenivå tenker at det medarbeidere lærer der om tverrfaglig samarbeid skal de i ettertid bringe inn i organisasjonen og dele med flere, men de mente at det kan være en utfordring å sørge for at kunnskapen ”sildrer” ned til medarbeidere i frontlinjen. Samtidig ble det påpekt at de

prosesselementene det å delta i en slik utdanning har ved seg, sikrer at studentene er innom elementer som oppgaveskriving og arbeid i grupper. Dette er viktige elementer for å forankre det tverrfaglige aspektet ved BTI-arbeidet hos alle. Den siste kommunen har tilgang til andre typer videreutdanning som vil kunne benyttes på samme måte. Flere prosjektledere oppgir at deres kommune har erfaring med å samarbeide med universiteter eller høyskoler om å tilpasse utdanninger til behov som oppleves i kommunen. Utdanning som eies av institusjoner kan fungere godt, men er ikke alltid det prosjektledere mener kommunene har behov for.

Noen kommuner pekte på at ansvaret for opplæring ikke burde overlates til kommunene alene, særlig ikke fordi BTI og lignende arbeidsoppgaver ikke er lovpålagte og derfor ikke vil bli prioritert. I andre kommuner pekte de på at kommunene har et egenansvar for å sørge for at medarbeidere får den opplæringen de har behov for. Det er kommunene som vet på hvilke områder det er behov. Samtidig pekes det på av en prosjektleder, at den danske modellen ikke peker på hvilken type kompetanse det er viktig å ha. Det savnes at det blir påpekt hvilket kunnskapsgrunnlag det kan være ok å ha. Støtte i opplæringsarbeidet vil likevel være positivt. Slik støtte kunne gjennomføres i et e-læringsprogram, opplæringspakker eller et videoforelesningsprogram. Hvor de kommer fra, om det er Helsedirektoratet, KORUS eller andre instanser som tar et ansvar oppfattes ikke som viktig, poenget er at det lages opplæringstiltak kommunene kan ta i bruk. Slike tiltak kan kombineres med andre tiltak, som et par prosjektledere uttrykker ønske om å være med å utvikle. Tverrfaglig samarbeid bør være sentralt i slike opplæringspakker eller e-læringsprogram.

Andre tiltak kan de regionale KORUS ta ansvar for, de kan også være fornuftige aktører inn i samarbeid som eventuelt etableres mellom kommuner og utdanningsinstitusjoner. På denne måten kan det sikres et ”dobbeltløp” der de som skal opplæres ikke bare er passive mottakere av informasjon, men at de også kunne få del i prosessene via et opplegg fra deres regionale KORUS. Noen prosjektledere peker på at egen, men også andre kommuner de kjenner til, ikke nødvendigvis har mye kunnskap om KORUS og at den kompetansen de har knyttet til problemstillinger i BTI, i større grad bør gjøres kjent. KORUS står for Kompetansesenter Rus, det er ikke nødvendigvis slik at alle da skjønner at de også har

kompetanse på tverrfaglig arbeid, for eksempel. Det kommer altså fram i intervjuene at det varierer i hvilken grad både KORUS og andre kompetansesentre er kjent i kommunen og om de tas i bruk varierer. Noen kommuner er dyktige på å ta dem i bruk og får dem til å komme til seg for å holde foredrag og annet, andre har ikke arbeidet på denne måten. Det kan spores en endring, sier en prosjektleder, kompetansesentra og andrelinjen er mye mer åpen for å gjøre slikt nå enn de var før.

6.5 Oppsummering

Opplæringsbehovet ble altså vurdert som stort av medarbeidere selv, det ble det også av prosjektlederne. Men prosjektledere kommenterte også at på et spørsmål om medarbeidere opplever behov for mer kompetanse er det ingen som vil svare at det trenger de ikke – også de med juridisk utdanning ønsker oppdatering på taushetsplikt. Kapittelet pekte på at mange medarbeidere har gjennomført arbeidsoppgaver de ikke oppfattet selv at de hadde nødvendig kompetanse for å gjennomføre. Dette omfatter samtaler med barn og unge, samt foresatte, og bruk av verktøy. Langt de fleste medarbeiderne mente de ikke hadde mottatt opplæring angående verken taushetsplikt, opplysningsplikt, opplysningsrett eller samtykke. Svar på åpent spørsmål viser også at mange medarbeidere føler at disse arbeidsoppgavene er vanskelige både å gjennomføre og mht de konsekvensene det kan ha for samarbeidet med foresatte. To tredjedeler og flere av de 2260 medarbeiderne som svarte oppgir at de ønsker opplæring angående identifisering av barn og unge i en utsatt posisjon, tegn hos foresatte, samtalemetodikk, beskyttelsesfaktorer og muligheter og begrensninger i regler.

Opplæring kan tenkes gjennomført på flere måter. Prosjektlederne ga uttrykk for at en form for e-læringsprogram med forelesninger og arbeidsoppgaver kunne fungere godt. Regionale KORUS bør involveres.

Kapittelet viste at mange ønsker opplæring for å gjennomføre arbeidsoppgaver som samtaler med barn og unge og foresatte. De ønsker videre opplæring for å lære om signaler og hvordan de kan identifisere signaler på at det er grunn til å bekymre seg for barn og unge. Mange av de temaene ledere og medarbeidere ønsker opplæring om er behandlet i veilederen, men det er ikke

tilstrekkelig å bare lese en veileder. En veileder er en tekst som kan utsettes for fortolkning. Skal det oppnås enighet om meninger og holdninger er det et minstekrav at medarbeidere i alle berørte tjenesteenheter får mulighet til å diskutere og skape seg en omforent fortolkning av veilederens innhold. Dette er en nødvendighet både for relasjonen mellom ansatte medarbeidere og for relasjonen mellom de enkelte ansatte og deres ledere, og for at slike relasjoner skal nedfelles i rutiner. Som vi så i sitatene i kapittel tre er det en del mistillit i den siste relasjonen som går på at ansatte medarbeidere opplever at de ikke får støtte hos sine ledere når de er bekymret for barn og unge. For å sikre omforente holdninger og meninger kan det avholdes korte kurs og internopplæring, hvis mistilliten i organisasjonen er høy kan det være nødvendig å gjennomføre mer gjennomgripende opplæring.

7 Diskusjon og avslutning

7.1 Innledning

Rapporten er første del av en følgeevaluering av Bedre Tverrfaglig Innsats, BTI, som gjennomføres i 8 pilotkommuner. Kommunene er forskjellige mht størrelse, samt administrativ organisering. Det metodiske grunnlaget er en survey til medarbeidere og ledere ved aktuelle enheter i de 8 kommunene, intervjuer med alle prosjektlederne og en dokumentstudie.

De empiriske kapitlene i rapporten tar opp flere sider ved tverrfaglig samarbeid og tidlig innsats for barn og unge som er i en utsatt posisjon. Det er gjennomført en litteraturstudie som for det første viste at det er god grunn til å tro at tidlig innsats for barn og unge vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt. For det andre viste den til at det er noen særlige forutsetninger som må oppfylles for at kommunene skal lykkes med tverrfaglig samarbeid på dette området. De gjengis nedenfor i avsnittet om suksesskriterier. Kapitlene fire til seks analyserer situasjonen i pilotkommunene mht tverrfaglig samarbeid, forankringen av arbeidet i pilotkommunene og kompetanse og opplæring. I dette kapitlet skal det tverrfaglige samarbeidet analyseres i tilknytning til samordningstrappen som er presentert i kapittel tre. Den tar for seg betingelser for at tverrfaglig samarbeid kan finne sted: informasjon, konsultasjon, dialog og diskusjon, enighet om meninger og holdninger, og til sist resultatet som er felles handling. Til sist diskuteres organisasjon som betingelse for tverrfaglig samarbeid.

7.2 Suksesskriterier for tverrfaglig samarbeid

Som det ble vist til i kapittel to kan suksesskriteriene for tverrfaglig samarbeid oppsummeres som følger:

- Personlige relasjoner (kjenne hverandre mellom enheter, samarbeid på individnivå)
- Informasjon og åpenhet
- Fravær av domenekonflikter/holdning om likeverd mellom yrkesgrupper
- Klare roller og klart fordelt ansvar for oppgaver
- Formelle rutiner og verktøy
- Etablering av felles arenaer
- Struktur: ledelse, dagsorden for møter, rutiner for oppfølging
- Ressurser og kapasitet

Disse kriteriene viser til at samarbeid og samordning kan foregå både på individ- og systemnivå. På individnivå er det ikke nødvendigvis etablert rutiner og institusjonell støtte. I avsnittene nedenfor diskuteres suksesskriteriene i sammenheng med koordineringstrappen.

7.3 Informasjon

Samarbeid og koordinering er ressurskrevende og informasjon må sendes, mottas og forstås. Informasjonen bør også være god og den bør være likeverdig, dvs. at alle som skal delta har den samme informasjonen. Dette inkluderer foresatte, samt barn og unge hvis de skal delta for eksempel i møter. Litteraturstudien viste til at åpenhet var et viktig kriterium, og et kriterium som flyter over i at det bør være fravær av domenekonflikter, samt at en eksplisitt holdning om at andre yrkesgrupper er likeverdige bør være til stede. Den empiriske gjennomgangen viste til at ikke alle disse kriteriene er til stede i alle pilotkommunene.

Det er om lag halvparten av medarbeiderne i aktuelle enheter som har informasjon om kommunen har et team der saker diskuteres med og uten samtykke. I spørsmålet om hvilke tjenester som er representert i teamet er det et stort frafall og bare om lag 1/4 av medarbeiderne valgte å svare på dette spørsmålet. Mange har altså ikke informasjon. Videre viser kapittel fem at svært få medarbeidere i pilotkommunene kjenner veilederen "Fra

bekymring til handling” og det er kun 53 (av 2260) som kjenner den så godt at de bruker den i sitt arbeid. Dette er resultater i stor grad fra kun en kommune. I de åpne svarene kommer det fram at noen medarbeider også oppfatter at informasjon holdes aktivt tilbake. Også det store behovet for opplæring som avdekkes kan tas til inntekt for at informasjonen ikke flyter så lett.

Informasjon er et grunnleggende kriterium for at det kan gjennomføres tverrfaglig samarbeid. I pilotkommunene er dette kriteriet i liten grad til stede slik medarbeiderne oppfatter det. Hva som er årsaken til at informasjon ikke flyter sier materialet ikke noe om, men det antydes i de åpne svarene at for eksempel barnevernet i angjeldende kommuner er lite villige til å dele informasjon, særlig i spørsmålet om å gi tilbakemeldinger mht hva som skjer når det er meldt bekymringer. Manglende tilbakemelding påvirker tilliten mellom tjenester og dermed også de neste stegene i koordineringstrappen. Det antydes også at det er lite tillit mellom ledere og medarbeidere. Dette er ikke nødvendigvis i barnevernet.

7.4 Konsultasjon

Andre steget i koordineringstrappen er konsultasjon. Det viser til at alle relevante parter bør konsulteres – kolleger i samme enhet og i andre enheter, nærmeste leder, samt barn og unge og foresatte. Indikatorene for om konsultasjon finner sted er tydelighet i roller og ansvar for oppfølging og svarene på påstanden om at i min tjeneste undersøkes alle bekymringer. Begrunnelsen for dette valget er for det første at medarbeidere må ha informasjon om hvor de kan henvende seg for å ta opp en sak, det inngår i tydelighet, og det bør også være kjent hvem som har ansvaret for å følge opp når en medarbeider har henvendt seg om et barn eller en ungdom de mener er i en utsatt situasjon. Hvis ikke disse betingelsene er til stede vil trolig mange la være å gjøre forsøk på å konsultere andre.

De empiriske kapitlene viser på mange måter til at det er barrierer for at konsultasjon finner sted. Den viktigste er tydelighet i roller og ansvar for oppfølging. De fleste medarbeiderne som har svart på undersøkelsen mener at PPT og barnevern, som er hjelpetjenestene, har tydelige roller. Angående tidlig innsats for å forebygge problemer knyttet til rus er barnevern en relevant tjeneste, mens PPT kanskje ikke er like relevant som

samarbeidspart (tabell 4.4). Siden de fleste medarbeiderne som deltar i undersøkelsen er knyttet til skole og barnehager er det likevel ikke merkelig at de svarer som de gjør. Det er også noe over halvparten av de medarbeiderne som har svart på undersøkelsen som vet hvem som har ansvar og kompetanse for å følge opp barn og unge med ulike typer utfordringer (tabell 5.5). På påstanden om at i min tjeneste undersøkes alle bekymringer svarer de fleste at de er både enige og uenige, samt enige. 24 % er helt enige i denne påstanden (tabell 5.4). De åpne svarene viser til at konsultasjon kan være en utfordring. Som nevnt over vises det til manglende tillit til ledere og andre tjenester, men det vises også til opplevd ansvarsfraskrivelse, misforstått bruk av taushetsplikt, manglende ressurser og kapasitet i andre tjenester, samt manglende kompetanse og kunnskap om tverrfaglig samarbeid.

7.5 Dialog og diskusjon

Dialog og diskusjon er en direkte forutsetning for at det kan etableres enighet om meninger og holdninger. Samtidig bygger dialog og diskusjon på at det flyter informasjon i systemet og at det gjennomføres konsultasjoner. Det kan tenkes at møter er det beste forumet for dialog og diskusjon, dette er imidlertid ikke en nødvendig betingelse. Som indikatorer for om det foregår dialog og diskusjon er det valgt å kikke nærmere på spørsmålet om hvordan medarbeidere vurderer samarbeidet med andre tjenester, men også om det er team i kommunen og om egen tjeneste er med i teamet og kunnskap medarbeidere har om teamenes organisering. Det vil også ses nærmere på spørsmålet om hva de som har vært bekymret for barn eller unge valgte å gjøre med sin bekymring.

De fleste som svarer arbeider i skole og barnehage. At PPT derfor skårer best som samarbeidspartner er forståelig, men det betyr likevel at det ikke er flere enn 53 % av alle som har svart, som mener samarbeidet med PPT er svært godt og godt. Dernest vurderes samarbeidet med skolehelsetjenesten som svært godt eller godt av 40 % og med helsestasjonen som svært godt eller godt av 37 %. Samarbeidet med barnevernet vurderes på denne måten av 34 % (tabell 4.6). Som vist til over var det mange som svarte vet ikke på spørsmålet om det var team i kommunen (tabell 4.1) og det var dermed et stort frafall på andelen som vet hvilke tjenester som er representert i teamet (tabell 4.2). Og det er svært få som kan noe

om hvordan teamene er organisert og fungerer (tabell 4.3). Selv om det ikke er nødvendig at alle medarbeidere har slik kunnskap er dette faktorer som medfører at medarbeidere ikke vet hvor de skal rette sine henvendelser om eventuelle bekymringer de har og dialog og diskusjon blir en utfordring.

På spørsmålet om hva de som har vært bekymret valgte å gjøre med sin bekymring er det da mange som ikke kan ta dette opp med et team fordi de ikke har kunnskap om teamet. Å konferere med nærmeste overordnede er den mest vanlige handlingen. Dette er problematisk hvis det ikke er etablert en felles forståelse for når og hvorfor en bekymring skal tas videre. Hvis det er mistillit i relasjonen, som det er vist til at det kan være, er dette en stor utfordring for pilotkommunene. Andre kategorier som får en rimelig grei svarprosent er å følge opp umiddelbart, ta kontakt med en annen tjeneste og diskutere saken anonymt med en kollega. Det er vanskelig å vite hva det første av disse alternativene knytter an til, men de to siste er forholdsvis klare (tabell 5.5). Sammen med svarene som gis i den åpne rubrikken i spørreskjemaet viser resultatene som presenteres i disse tabellene at det som foregår av dialog og diskusjon oppleves forskjellig av medarbeidere som deltar i undersøkelsen. Det kan knyttes til at både kommuner og tjenesteenheter er ulike, samt at slike spørsmål kan oppfattes ulikt av ulike medarbeidere avhengig av utdanning og posisjon.

7.6 Enighet om meninger og holdninger

Å etablere enighet om meninger og holdninger er nest øverste trinn på stigen. De to nederste trinnene kan fungere godt på individnivå og krever ikke at det legges til rette for samarbeid på systemnivå. Dialog og diskusjon kan fungere som en mellomform mellom individ- og systemnivå, det vil være mulig å få det til uten systematisk tilrettelegging, men det vil fungere best med. Å etablere felles meninger og holdninger vil være det nivået der det systematiske fokuset på samarbeid og samordning får relevans og det vil kreve tilrettelegging for kontinuerlig samarbeid. Det er på dette trinnet partene skal tilpasse seg til hverandre, og suksesskriteriene om fravær av domenekonflikter og likeverd vil slå inn for fullt. Som indikatorer på enighet om meninger og holdninger brukes det opplæring, arbeid med og tilpasning av

metoder og verktøy til situasjonen i egen kommune, samt spørsmålet om organisering av tverretatlig og tverrfaglig team.

Ettersom dette presenteres som en koordineringstrapp vil det som er presentert over angående den kunnskapen medarbeidere i pilotkommunene har om tverrfaglige team, deres sammensetning og vurderingene av samarbeidet ligge i bunn for forståelsen av om det er mulig å komme fram til enighet om meninger og holdninger. Som kan leses ut av avsnittene over har tverrfaglig samarbeid ikke gode kår i pilotkommunene.

Opplæring vil også være sentralt for om det er mulig å etablere enighet om meninger og holdninger. Enighet kan tilbakeføres til det å forstå begreper og benytte regler på en noenlunde lik måte. Når medarbeidere i kommunale tjenester som skal samarbeide har ulik utdanningsbakgrunn kan dette være en utfordring, også når utdanningsgrupper oppfattes å være relativt like. Det kan derfor være av stor viktighet at den enkelte kommune som ønsker å iverksette et tiltak av BTIs karakter også velger å investere i ulike former for opplæring som er spesifikt rettet inn mot tiltaket. Dette er det tatt høyde for i prosjektet og nesten alle kommunene velger å benytte deler av finansieringen for å tilby medarbeidere høyskoleutdanning i tverrfaglig samarbeid. Som det pekes på er det likevel en utfordring å få denne kunnskapen til å "sildre" ned til de medarbeiderne som ikke har deltatt på utdanningen. Det ble derfor oppfattet som relevant for kommunene å nedlegge mye arbeid i å tilpasse metoder og verktøy til sin lokale situasjon, samt være klare på hvordan begreper, ord og uttrykk skal benyttes knyttet til spesifikke saker. Arbeidet det ble vist til angående bekymringsbegrepet er et eksempel, og det ble vist til at dette ble erstattet med begrepet undring som tilpasses en situasjon der barnevernet ikke nødvendigvis skal involveres.

Tabell 4.3 viser til at det er få medarbeidere i kommunen som vet hvordan det tverrfaglige teamet i deres kommune er organisert, samt hva som er innholdet i teamets arbeid. Teamet, som er det manifesterte uttrykket for at tverrfaglig samarbeid er systematisert, kan sikre kontinuitet og kan fungere som en basis for å komme fram til enighet om meninger og holdninger. I så måte er resultatene som vist i tabell 4.3 nedslående for pilotkommunene. Samtidig kan systematisert samarbeid foregå mellom to eller flere enheter, og foregå i form av faste møtefora som ikke har status

som tverrfaglige team. Hvorvidt det er slike møtefora i pilotkommunene sier spørreundersøkelsen ikke noe om.

7.7 Felles handling

Felles handling er det øverste trinnet i koordineringstrappen og det bygger da på de foregående trinnene. Diskusjonen av foregående trinn har vist til at det å komme fram til felles mening og holdning kan være utfordrende for pilotkommunene, og fordi dette krever at det eksisterer noen rutiner, faste møtefora eller et tverrfaglig team, betyr det også at det krever at det eksisterer ressurser som er spesifikt rettet mot tverrfaglig arbeid. Dette er ressurser som først og fremst manifesterer seg som tid satt av til slikt arbeid, men det kan til syvende og sist innebære at det må være en viss organisatorisk slack mht stillinger og ressurser i form av tiltak å tilby. Tjenesteenheter som er presset angående stillingsressurser vil trolig ikke prioritere å bruke tid til tverrfaglig samarbeid. New Public Management får også tjenester og enheter til i stor grad å fokusere økonomi og økonomikontroll, og når dette blir framtrepende trekk er det dokumentert at det blir vanskelig for tjenesteenhetene å ”dele” sine ressurser med andre, noe som er nødvendig når tjenester skal inngå i forpliktende tverrfaglig samarbeid. Det oppstår det vi kaller enhetsegoisme.

Suksesskriteriene det er vist til for tverrfaglig arbeid, samt litteraturstudien, viser også at det ikke bare er nødvendig at det etableres team og møterutiner, det bør også etableres rutiner for hvordan møter avholdes, spesielt de møtene der barn og unge, samt deres foresatte møter. Det må da først etableres enighet om at det skal skje.

Kanskje det viktigste med felles handling er at det må eksistere noen ressurser i form av tiltak å tilby og rutiner for og kapasitet til å følge dem opp. Ressurser er det ikke spurt om i spørreskjemaet, men vi vet at kommunene har hjelpetjenester som også følger opp i de tilfellene som er interessante her. I de åpne svarkategoriene er det gitt noen indikasjoner på at ressursituasjonen ikke er veldig god, men dette vet vi altså lite om. Tabell 4.3 viser imidlertid også at det er lite kunnskap om rutiner rundt oppfølging i pilotkommunene og av de 2660 som kunne svart, svarer 572 medarbeidere på spørsmålet og av dem er det 255 som vet at det er rutiner for oppfølging av planlagte eller igangsatte tiltak.

7.8 Organisatoriske betingelser i kommunene

Over ble det vist til at de to første trinnene i koordineringsstigen, informasjon og konsultasjon, kan fungere på individnivå i tjenesteenhetene, at dialog og diskusjon kan være i en mellomposisjon, og de to siste, enighet om meninger og holdninger og felles handling, fungerer på systemnivå. Systemnivået er nivået for samordning som foregår innenfor overordnede mål og med fastlagte rammer. Samordning refererer til prosesser der det er bevissthet om hvordan ulike aktørers handlinger skal knyttes sammen innenfor en felles ramme for å trekke i samme retning. Det er altså med stor sannsynlighet fattet en beslutning om at samordning skal foregå, samt at det dermed er forankret på et overordnet nivå i kommunen som også er villig til å tilføre ressurser. Som det er vist til er BTI forankret politisk og på høgt nivå i administrasjonen i alle pilotkommunene.

Samarbeid, på den annen side, karakteriseres i større grad av frivillighet. Partene som inngår i samarbeidsprosesser er likeverdige og de har selv bestemt at samarbeid kan være et middel til og nå et mål. Samarbeid på individnivå kan plasseres i denne kategorien, og det omfatter informasjon og konsultasjon. På dette nivået er rammer og mål ikke nødvendigvis fastlagt, men kan forhandles fram og defineres underveis av parter som kan ha ulike utgangspunkt.

Selv om det er laget et skille mellom samarbeid og samordning er kategoriene ikke nødvendigvis gjensidig utelukkende. Informasjon vil være en nødvendig betingelse ikke bare for samarbeid på individnivå, men også for vellykket samordning. Det samme vil konsultasjon. Ettersom samarbeid ikke nødvendigvis er kontinuerlig, men vokser fram og dør etter behov, er faste møtefora med rutiner både for møter og for oppfølging ikke en betingelse for at det skal være vellykket, som det er for samordning, men slike faktorer vil uten tvil gjøre også samarbeidet lettere. Også tillit og oppfatning om at partene er likeverdige er en underliggende forutsetning for at både samarbeid og samordning kan finne sted.

I alle pilotkommunene har BTI prosjektleder, prosjektgruppe og styringsgruppe. Prosjekt- og styringsgrupper er satt sammen av ledere for flere enheter, samt at det i de fleste kommunene er med

relevante politikere i styringsgruppen. Kun en kommune har flat struktur på sin administrative organisasjon, de andre har en kommunalsjefmodell. Det vil si at det er en form for hierarki i den administrative organisasjonen, men som tabell 2.1 viser, varierer antall nivåer mellom kommuner. I kommunalsjefmodellen kan det tilrettelegges for koordinering og samordning på nivåer over enhetsledere, dette er dermed prosesser som kan foregå ut fra autoritative beslutninger fattet på et nivå over de enkelte tjenestene. Det er dermed et potensial for at alle prosessene fram mot felles handling kan nedfelles som rutiner og faste prosedyrer. Dette vil være mer tungvint i enhetsmodellen eller den flate strukturen som i all overveiende grad legger til rette for samarbeid på individnivå og ikke for samordning og koordinering.

Litteratur

- Arnstein, S. (1969): A ladder of citizen participation in the USA. *Journal of the American Institute of Planners*, 35 (4), 216-224
- Backe-Hansen, E. (2009): Å sende en bekymringsmelding – eller la det være? En kartlegging av samarbeidet mellom barnehage og barnevern. NOTAT nr 6/09, NOVA
- Baklien, B. (2009): Bilder av de andre. *Norske barnevern*, Oslo
- Baklien, B. og T. Wejden (2009): Evaluering av prosjektet ”Barn i Rusfamilier – tidlig intervensjon”. Statens institutt for rusmiddelforskning, Oslo
- Blåka, S. T. Tjerbo og H. Zeiner (2012): Kommunal organisering. Redegjørelse for Kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase. NIBR-rapport 2012:21
- Dent, M., N. V. Gestel, and C. Teelken (2007): Symposium on changing modes of Governance in public sector organizations: Action and Rhetoric. *Public Administration*, 85 (1) (1-8)
- Fimreite, A. L. og P. Lægreid (2009): Samordning – flernivåstyringens store utfordring. I: I. Helgøy og J. Aars (red): *Flernivåstyring og demokrati*. Fagbokforlaget, Bergen
- Follesø, R. (2009): ”Når omsorgen svikter”. I: R. Hjermann og K. Haanes: *Barn*. Universitetsforlaget 2009, Oslo
- Glendinning, C. (2002): partnerships between health and social

services: developing a framework for evaluation. *Policy and Politics*. Vol 30 no. 1, 115-27

Hansen, H., N. Rasmussen og F. K. Hansen (2010): Investeringer i tidlige sociale innsatser- samfunnsøkonomiske beregninger af innsatser i forhold til udsatte børn og unge. Center for Alternativ Samfunnsanalyse, CASA, København

Heggen, K., T. Jørgensen og P. A. Rød (2013): Det kommunale barnevernet: Faglege argument i møte med kommunalpolitikk. *Norges barnevern*. Nr 2 – 2013, Vol. 90, s. 84-98.

Helsedirektoratet (2010): Fra bekymring til handling, Oslo

Helsetilsynet (2009): Utsatte barn og unge – behov for bedre Samarbeid. Rapport fra Helsetilsynet 5/2009

Henningsen, E. (2009): "Bekymringsblikket". *Tidsskrift for Ungdomsforskning* 2009, 9(2):3-23

Hjern, B. (2007): Integration - buzz word or challenge for the Swedish model? I R. Axelsson og S. B. Axelsson (red): Inter-sectorial health promotion between professions, organizations and sectors of the society. Studentlitteratur, Lund

Hofstad, H., M. Helgesen og G. S. Sandkjær (2012): From service provider to network node: Does the Counties' coordination role contribute to goal attainment and public sector innovation? Prosjekt i Demosregprogrammet, NFR

Hovik, S., I. M. Stigen, M. Blekesaune og S. Opedal (2010): Evaluering av kvalitetskommuneprogrammet. Sluttrapport. Samarbeidsrapport NIBR/NOVA/IRIS, 2010

Jacobsen, I. (2009): Meldingsmøte – en metode i meldefasen når bekymringer meldes etter Lov om barneverntjenster. *Norges barnevern* Nr 2 – 2009, Vol. 86, side 128-133

Lov av 17.07 1992 nr 100, Barnevernsloven

Lov av 18.12.2009 nr. 131 Lov om sosiale tjenester i arbeids- og

NIBR-rapport: 2013:23

- velferdsforvaltningen
- Lov av 24.06.2011 nr. 30 Helse- og omsorgstjenesteloven
- Møller, M. Ø. and G. M. Harrits (2013): Constructing at-risk target Groups. *Critical Policy Studies*, 2013 Vol.7, No. 2, 155-176
- Neumann, C. B. (2009): *Det bekymrede blikket. En studie av helsesøsters handlingsbetingelser*. Novus forlag, Oslo
- Newman, J. (2001): *Modernising Governance. New Labour, Policy and Society*. Sage Publications, London
- Oldrus, og Vitus (2011): *Indsatser over for udsatte 0-3-årige og deres forældre. En systematisk forskningsoversikt. Det nasjonale forskningscentr for velfærd, København*
- SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering (2010): *Program För at förebygga psykisk ohälsa hos barn. En systematisk Litteraturöversikt, Stockholm*
- Snertingdal, M. I. (2012): *Et opplæringsprogram i tidlig intervensjon blir til! SIRUS-rapport 5, Oslo*
- Socialstyrelsen (2012 a): *Kortlægning af modeller for tværfagligt samarbejde- Afsluttende rapport, Folkesundhed & Kvalitetsudvikling, Århus*
- Socialstyrelsen (2012 b): *Modeller for tværfagligt samarbejde i forhold til børn og unge med særlige behov - Delrapport 2, Casestudier. Folkesundhed & Kvalitetsudvikling, Aarhus*
- Socialstyrelsen (2011): *Håndbog om barnets reform, Servicestyrelsen, Odense*
- Socialstyrelsen (2008): *Bedre Tværfaglig Indsats. Idékatalog. Servicestyrelsen, Odense*
- Torsteinsen, H. (2012): *Why Does Post-Bureaucracy lead to more Formalisation? Local Government Studies. Vol. 38, No 3, 321-344*
- Widmark, C., C. Sandal, K. Piuva og D. Bergman (2013): *Parents*

experience of collaboration between welfare professionals regarding children with anxiety or depression – an explorative study. *International Journal of Integrated Care*.
URN:NBN:NL:U10-1-114753

Winswold, A. (2011): Evaluering av prosjektet “Sammen for barn og unge – bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge. Rapport nr 18/11. NOVA

Ødegård, A. og E. Willumsen (2011): Felles innsats eller solospill? En kvalitativ studie om tjenesteyters samarbeid omkring barn og unge. *Norges barnevern*. Nr. 4 – 2011 Vol. 88 side 188-199