

Dokument type

Rapport

Dato

April 2011

BARNE-, UNGDOMS- OG FAMILIEDIREKTORATET

RAPPORT 2010

MODELLKOMMUNEFORSØKET



BARNE-, UNGDOMS- OG FAMILIEDIREKTORATET

RAPPORT 2010 MODELLKOMMUNEFORSØKET

Rambøll
Besøksadr.: Hoffsvæien 4
Postboks 427
Skøyen
0213 Oslo
T +47 2252 5903
F +47 2273 2701
www.ramboll-management.no

INNHOILDSFORTEGNELSE

1.	Innledning	1
1.1	Om modellkommuneforsøket	1
1.2	Metodisk gjennomføring av rapporteringen	1
1.3	Leserveiledning	2
2.	Kort om kommunene	3
2.1	Aktivitet	5
3.	Organisering	7
3.1	Styringsgruppe	9
3.2	Prosjekt-/arbeidsgruppe	11
3.3	Endringer i organisering	13
3.4	Oppsummering	13
4.	Forankring	15
4.1	Oppsummering	17
5.	Samarbeid	19
5.1	Samarbeid internt i kommunen	19
5.2	Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	19
5.3	Samarbeid med Bufetat	21
5.4	Oppsummering	23
6.	Kartlegging av målgruppen	25
6.1	Antall barn i målgruppen	25
6.2	Kartleggingsverktøy	26
6.3	Implementering av kartleggingsverktøy	30
6.4	Oppsummering	31
7.	Tiltak	33
7.1	Tiltak og tilbud rettet mot målgruppen	33
7.2	Instanser som yter tilpassede tjenester	34
7.3	Oppsummering	35
8.	Kompetanse	37
8.1	Oppsummering	38
9.	Avslutning	39
9.1	Fokusområder i 2010	39
9.2	Utviklingsområder i 2010	39
9.3	Utfordringer i 2010	39
9.4	Positive effekter	40
9.5	Bistandsbehov	40
9.6	Ønskede fokusområder	40
9.7	Oppsummering	40
10.	Sammenstilling av rapporteringer for 2008, 2009 og 2010	43
10.1	Organisering	43
10.2	Forankring	43
10.3	Samarbeid	43
10.4	Kartlegging av målgruppen	44
10.5	Tiltak	44
10.6	Kompetanse	45
10.7	Avslutning	45

1. INNLEDNING

Denne rapporten inneholder en sammenstilling av rapporteringer for 2010 for de 26 kommunene som deltar i Modellkommuneforsøket.

1.1 Om modellkommuneforsøket

Modellkommuneforsøket er ett av flere tiltak i regjeringens satsning (2007 – 2014) for å sikre langsiktig og systematisk oppfølging av barn av psykisk syke, barn av rusmisbrukende foreldre og barn som lever med vold i nære relasjoner. Ansvar for oppfølging av modellkommuneforsøket er lagt til Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat). Hensikten med modellkommuneforsøket er å utvikle gode modeller for tidlig intervensjon og systematisk oppfølging av barn av psykisk syke, rusmiddelmisbrukende foreldre og barn som opplever vold i nære relasjoner, fra graviditet til skolealder. 26 kommuner oppnevnt av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLID), 4 – 8 i hver av Bufetats fem regioner, deltar i modellkommuneforsøket. Kommunene mottar årlig statlige tilskuddsmidler, basert på aktivitet i henhold til mandatet til modellkommunene.

Bakgrunnen for modellkommuneforsøket er å sikre tidlig identifikasjon og tidlig intervensjon overfor målgruppa. Det finnes ingen eksakte tall på hvor mange barn som lever under mangelfulle rammer med bakgrunn i foreldres psykiske vansker og/eller vansker knyttet til rusmiddelmisbruk/vold. Et anslag er at 200 000 barn lider av foreldres rusmiddelmisbruk (statusrapport Arbeid- og sosialdep, juni 2005), og at voksne psykisk syke under behandling har anslagsvis til sammen 15 000 barn (SINTEF Helse). Mange av disse barna sier som ungdommer og voksne selv ifra om at de som barn ikke ble sett, og ikke fikk hjelp. Forskning har vist at det er stor risiko for at disse barna selv utvikler ulike typer vansker.

Formålet med modellkommuneforsøket er at kommunene både skal oppdage målgruppen tidlig, og komme i en tidlig, endringsfokusert hjelpesituasjon til målgruppen. Gode kartleggingsredskaper når det gjelder å avdekke problematikk er derfor en viktig del av dette arbeidet. Kommunene som deltar i forsøket skal etablere og videreutvikle tverretattlig samarbeid mellom kommunale tjenester og mellom kommunale tjenester og spesialisttjenester for barn, unge og voksne. Både barn av psykisk syke foreldre og barn med foreldre som misbruker rusmidler og barn som lever med vold i nære relasjoner skal sikres systematisk, helhetlig og langsiktig oppfølging. Dette krever videre utvikling av kunnskapsbaserte endringstiltak, tilpasset barnets og familiens situasjon og behov.

Bufetats oppgave er å sikre framdrift i modellkommunene, etablere nettverk mellom kommunene, og bistå med kompetanseutviklende, faglig bistand. En koordinator i hver av Bufetats fem regioner har ansvar for koordinering og oppfølging av modellkommunene i egen region.

Modellkommunene får årlig tilbud om fagutvikling og erfaringsutveksling på regionale og nasjonale nettverkssamlinger.

1.2 Metodisk gjennomføring av rapporteringen

I 2010 ble rapporteringen gjennomført i form av et elektronisk rapporteringsskjema i Questback. Før dette har rapporteringene blitt samlet inn ved bruk av et rapporteringsskjema i Word.

Rambøll har bistått Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet i utarbeidelsen av rapporteringsskjema for 2010. Hovedendringene fra tidligere år består i at en rekke åpne spørsmål er omgjort til spørsmål med svaralternativer. Både spørsmål og svaralternativer ble utarbeidet med utgangspunkt i en gjennomgang av tidligere års rapporteringer. Rambøll har vært ansvarlige for opprettelsen av det elektroniske rapporteringsskjemaet. Rapporteringene fra de 26 kommunene som deltar i modellkommuneforsøket er samlet inn via Questback. Samtlige 26 kommuner har levert rapportering.

1.3 Leserveiledning

- I kapittel 3 beskrives organisering av modellkommuneforsøket i kommunene, herunder styringsgrupper og prosjekt-/arbeidsgrupper, og hvilke instanser som deltar i disse.
- I kapittel 4 beskrives forankringen av modellkommuneforsøket i kommunene.
- I kapittel 5 beskrives perspektiver på samarbeid vedrørende modellkommuneforsøket, herunder samarbeid internt i kommunen, med spesialisthelsetjenesten og Bufetat.
- I kapittel 6 beskrives kommunenes arbeid med kartlegging av målgruppa, herunder bruk av kartleggingsverktøy og opplæring i bruk av disse.
- I kapittel 7 beskrives tiltak som kommunene har iverksatt som en del av modellkommuneforsøket.
- I kapittel 8 beskrives kommunenes oppfatninger av kompetanse i tilknytning til arbeid med målgruppa.
- I kapittel 9 gjengis perspektiver fra kommunene på fokusområder, utviklingsområder, utfordringer, positive effekter ved å være med i modellkommuneforsøket, fremtidige bistandsbehov og ønskede fokusområder fra Bufetat sin side.
- I kapittel 10 sammenstilles hovedfunnene fra rapporteringene for 2010 med rapporteringene for 2008 og 2009.

2. KORT OM KOMMUNENE

Modellkommunene er delt inn i fem geografiske regioner, som svarer til regioninndelingen i Bufetat. Følgende kommuner er med i modellkommuneforsøket:

- Region Nord: Bodø, Fauske, Nordreisa, Tromsø
- Region Midt: Grong, Leksvik og Mosvik, Namsos, Steinkjer, Trondheim
- Region Vest: Askøy, Bergen, Bømlo, Fjell, Førde, Haugesund, Sandnes, Time
- Region Sør: Arendal, Drammen, Mandal, Vennesla
- Region Øst: Aurskog-Høland, Jevnaker, Lørenskog, Skedsmo, Vestre Toten

I denne rapporten har vi foretatt enkelte analyser ut ifra kommunestørrelse, med følgende inndelinger:

- Små kommuner, 0 – 5000 innbyggere: 3 kommuner
- Mellomstore kommuner, 5001 – 20 000 innbyggere: 11 kommuner
- Store kommuner, Over 20 000 innbyggere: 13 kommuner

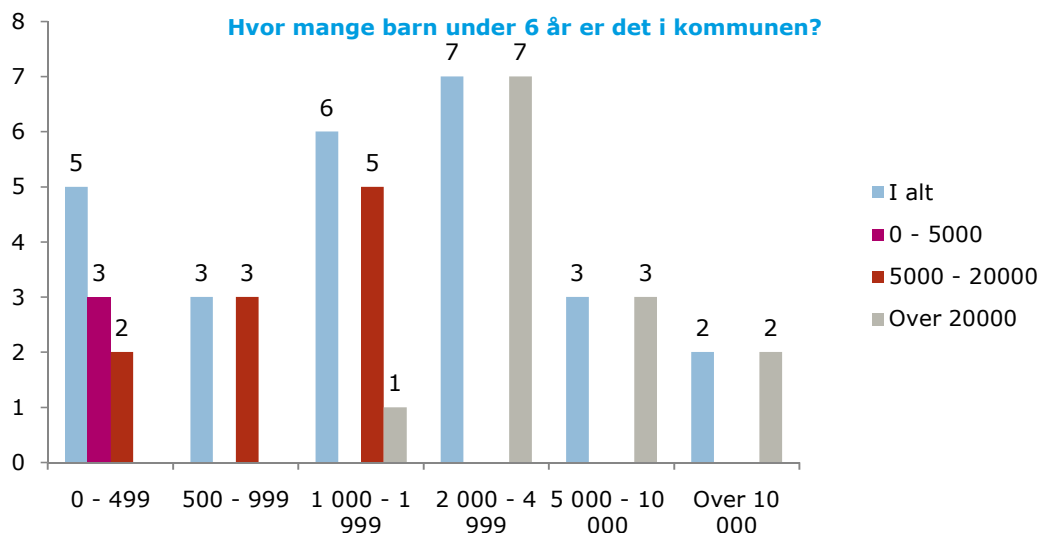
I tabellen nedenfor fremkommer det hvor mange innbyggere kommunene har, samt hvor mange barn i målgruppen som bor i kommunen.

Tabell 2.1 – Innbyggertall og antall barn i målgruppen

Kommune	Innbyggere	Antall barn under 6 år (andel av innbyggertall)	Antall fødsler i 2010
Vennesla	13 334	664 (5,0 %)	195
Lørenskog	33 308	2350 (7,0 %)	362
Vestre Toten	12 803	800 (6,2 %)	122
Time	16 450	1800 (10,9 %)	274
Bodø	47 847	4400 (9,2 %)	758
Haugesund	34 619	2551 (7,4 %)	446
Steinkjer	21 151	1256 (5,9 %)	267
Bergen	260 392	19612 (7,5 %)	3519
Fauske	9 533	450 (4,7 %)	90
Sandnes	66 245	6000 (9,1 %)	1000
Tromsø	68 239	5531 (8,1 %)	951
Askøy	25 602	2739 (10,7 %)	418
Aurskog-Høland	14 632	1073 (7,3 %)	149
Skedsmo	48 752	4381 (8,9 %)	616
Grong	2 357	145 (6,2 %)	31
Fjell	22 220	2000 (9,0 %)	340
Namsos	12 906	1118 (8,6 %)	183
Leksvik og Mosvik	3 522 + 811	354 (8,2 %)	48
Arendal	42 229	3083 (7,3 %)	519
Førde	12 207	1156 (9,5 %)	204
Nordreisa	4 805	323 (6,7 %)	48
Trondheim	173 486	15500 (8,9 %)	2200
Bømlo	11 421	930 (8,1 %)	172
Jevnaker	6 359	480 (7,5 %)	69
Drammen	63 582	5139 (8,1 %)	832
Mandal	14 960	1284 (8,6 %)	206

Som vi kan lese av tabellen er det store variasjoner i antall barn i målgruppen. Antall barn i målgruppen henger sammen med antall innbyggere i kommunen. Likevel kan vi se at det er store variasjoner i hvor stor andel av den totale befolkningen i kommunene som er under 6 år. Den varierer fra 4,7 i Fauske til 10,9 i Time. I figur 2.1 har vi delt inn antall barn i målgruppen i ulike kategorier, for å kunne gi en grafisk fremstilling av hvor mange kommuner som har et gitt antall barn i målgruppen.

Figur 2.1 – Antall barn under 6 år



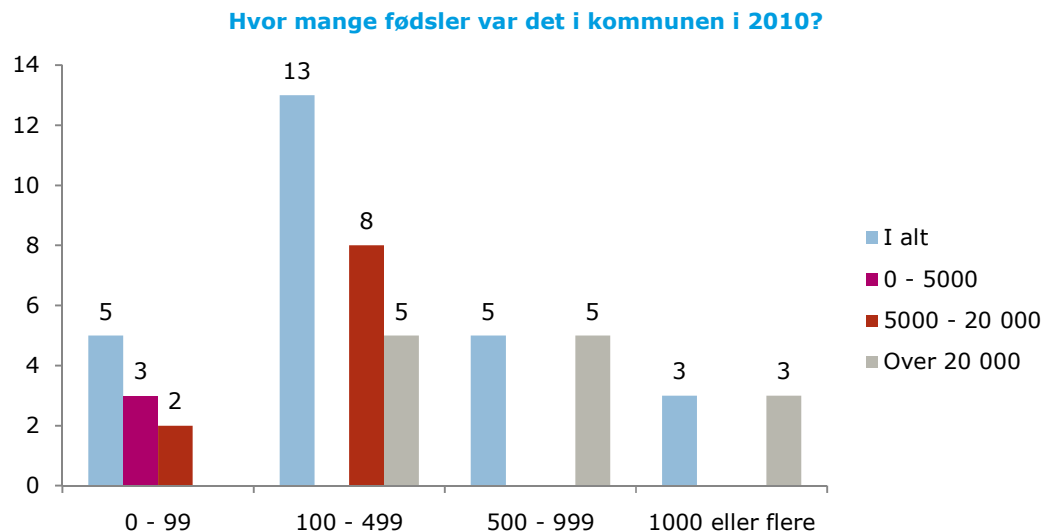
Figur 2.1 viser hvor mange kommuner som har antall barn i målgruppen i gitte kategorier. Den blå søylen viser antall kommuner totalt, mens den lilla søylen viser små kommuner, den røde søylen viser mellomstore kommuner og den grå søylen viser store kommuner.

Figuren viser at totalt 5 kommuner har 0 - 499 barn under 6 år. Dette er tre små kommuner og to mellomstore kommuner. Videre er det 3 kommuner som har 500 - 999 barn under 6 år. Dette gjelder kun mellomstore kommuner. Det er 6 kommuner som har 1000 - 1999 barn under 6 år. Dette er 5 mellomstore kommuner og 1 stor kommune. Videre er det totalt 12 kommuner som har over 2000 barn under 6 år, hvorav 7 kommuner har 2000 - 4999 barn, 3 kommuner har 5000 - 10000 barn og 2 kommuner har over 10000 barn. Samtlige av disse kommunene er store kommuner.

Dette betyr at alle de små kommunene i utvalget har under 500 barn. De mellomstore kommunene har opptil 2000 barn, mens alle de store kommunene i utvalget, med unntak av én har over 2000 barn.

Av tabell 2.1 kan vi også lese at antall fødsler varierer mellom kommunene, og har sammenheng med innbyggertal. I figur 2.2 har vi delt inn antall fødsler i 2010 i ulike kategorier, for å kunne gi en grafisk fremstilling av hvor mange kommuner som hadde et gitt antall fødsler i 2010.

Figur 2.2 Antall fødsler i 2010



Figur 2.2 viser hvor mange kommuner som hadde et gitt antall fødsler i 2010. Den blå søylen viser antall kommuner totalt, mens den lilla søylen viser små kommuner, den røde søylen viser mellomstore kommuner og den grå søylen viser store kommuner.

Figuren viser at det i 5 kommuner var under 100 fødsler i 2010. Dette gjelder samtlige 3 små kommuner og 1 mellomstor kommune. I 13 kommuner, det vil si halvparten av kommunene, var det mellom 100 og 499 fødsler. Dette gjelder 8 mellomstore kommuner og 5 store kommuner. I 5 kommuner var det mellom 500 og 999 fødsler. I 3 kommuner var det over 1000 fødsler. Alle disse er store kommuner.

Dette betyr at alle de små kommunene i utvalget hadde under 100 fødsler i 2010, mens de mellomstore kommunene hadde inntil 500 fødsler. De store kommunene hadde alle over 100 fødsler, hvorav 8 av 13 store kommuner hadde over 500 fødsler.

2.1 Aktivitet

I 2009 ble det gjort endringer i helsepersonelloven i helsepersonelloven § 10a "Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende" og 25 "Opplysninger til samarbeidende personell" og spesialisthelsetjenestelovens § 3-7a "Om barneansvarlig personell mv." Med bakgrunn i disse lovendringene har 21 av 26 kommuner igangsatt aktivitet knyttet til å sikre barn som pårørende.

I tabell 2.2 oppsummeres hvilken type aktivitet rettet mot målgruppen som kommunene har igangsatt.

Tabell 2.2 – Aktivitet igangsatt som følge av lovendringer

Type aktivitet	Antall kommuner
Barneansvarlig i kommunen	5
Kartlegging ved helsestasjon/psykisk helsetjeneste	5
Informasjonsmateriell	5
Rutiner, prosedyrer for oppfølging av barna	4
Samarbeidsavtale med spesialisthelsetjeneste	2
Kompetanseheving, helse- og barnehagepersonell	2
Forsterket helsestasjon	2
Oppfølgingssamtaler ved helsestasjon	2
Barnekontakter for barn som pårørende	1
Gruppetilbud mødre med fødselsdepresjon	1
Gruppetilbud barn fra 8-12 år med foreldre med psyk. sykdom	1
Interkommunal veiledningsgruppe	1
Prosjektgruppe sped- og småbarn i regi av Bufetat	1
Samtalegrupper i skolehelsetjenesten	1
Opplæring av fastleger i § 10	1
Barneansvarlige i oppfølgingstjenesten for rus og psykiatri	1
Felles samtykkeskjema for alle kommunens etater	1
Registrering av antall barn som pårørende	1
Individuelle tiltak via Barne- og ungdomsbasen	1
Tilbud om åpen barnehage	1
Kartlegging ved start i barnehage	1

I etterkant av lovendringene har 6 kommuner registrert økning i antall henvendelser vedrørende målgruppen. Dette dreier seg om henvendelser fra spesialisthelsetjenesten til ulike deler av det kommunale tjenesteapparatet, vedrørende barn som pårørende. En kommune fremhevet at spesialisthelsetjenestens melderutiner til kommunen ikke er gode nok, men at kommunen har mottatt flere henvendelser siste året.

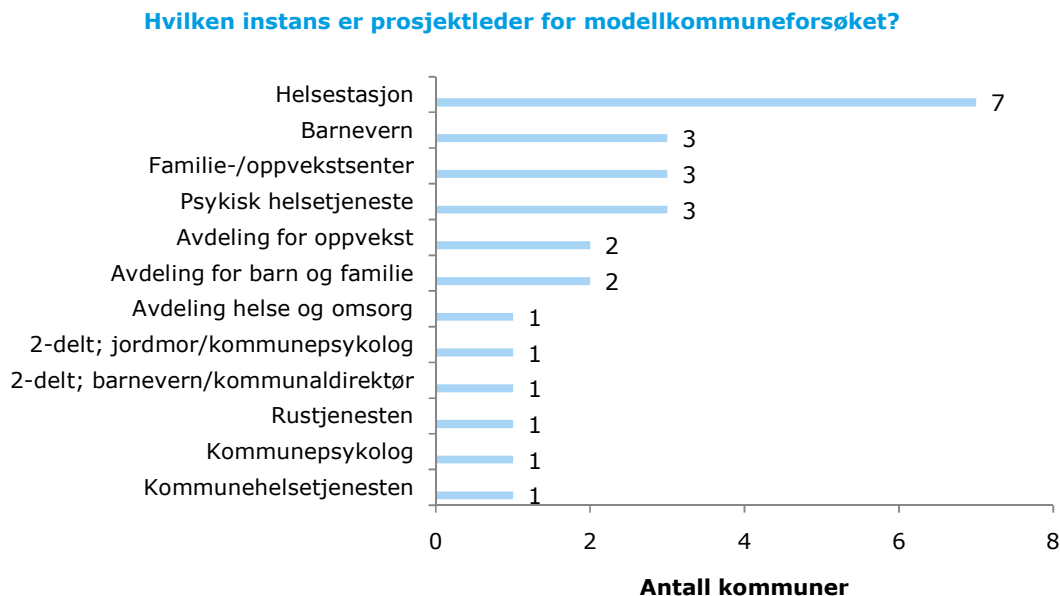
I 6 kommuner er det ikke registrert økning i antall henvendelser, mens 14 kommuner oppga at de vet ikke om de har registrert noen økning. Det ble påpekt at det er utfordrende å tallfeste denne økningen. Videre er det usikkert hvorvidt økningen utelukkende skyldes lovendringene.

3. ORGANISERING

I dette kapittelet gjengis kommunenes rapporteringer på organiseringen av modellkommuneforsøket. Her beskrives hvilken instans som har prosjektlederrolle for prosjektet, stillingsprosent til prosjektleder og hvor mange stillinger som inngår i prosjektet totalt i kommunene. Videre beskrives styringsgrupper og prosjekt-/arbeidsgrupper og hvilke instanser som inngår i disse. Til sist gjengis eventuelle endringer i organisering av prosjektet siste år.

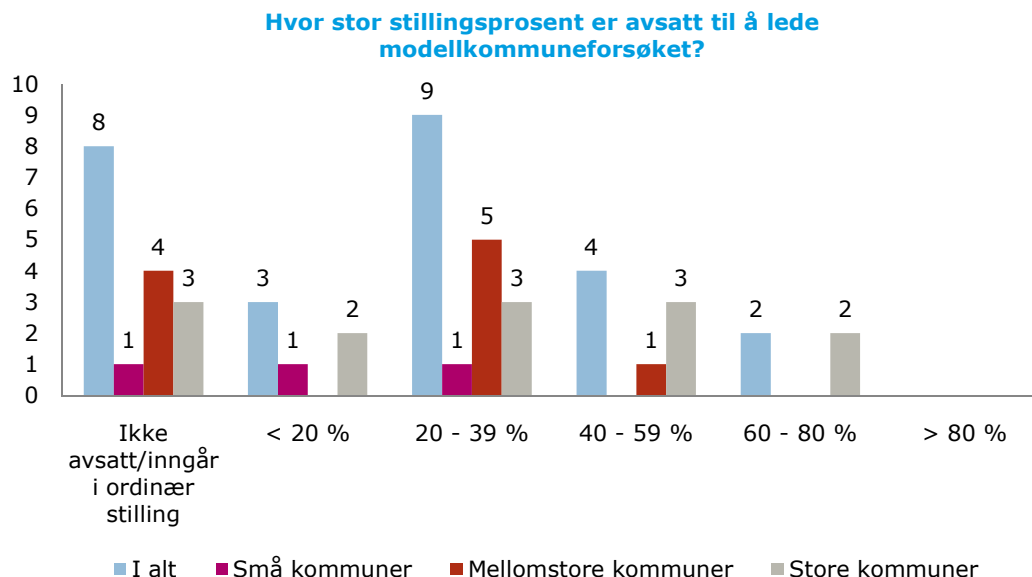
Samtlige kommuner har valgt en prosjektorganisering for modellkommuneforsøket. I figur 2.1 fremkommer det hvilken instans prosjektleder for modellkommuneforsøket er ansatt i.

Figur 2.1 – Prosjektledelse



Som figur 2.1 viser, er helsestasjonen den instansen hvor prosjektleder for modellkommuneforsøket kommer fra i flest kommuner. Dette gjelder 7 kommuner. I 3 kommuner kommer også prosjektleder fra henholdsvis barnevern, familie-/oppvekstsenter og psykisk helsetjenesten. I to kommuner kommer prosjektleder fra henholdsvis avdeling for oppvekst og avdeling for barn og familie. De øvrige kommunene har prosjektledere fra ulike deler av kommunen, herunder avdeling helse og omsorg, rustjenesten, kommunepsykolog, kommunehelsetjenesten. To kommuner har todelt prosjektledelse. I den ene kommunen deler jordmor og kommunepsykolog på oppgaven. I den andre kommunen deler barnevern og kommunaldirektør på oppgaven.

I det videre skal vi se på hvor stor stillingsprosent som er satt av til å lede prosjektet.

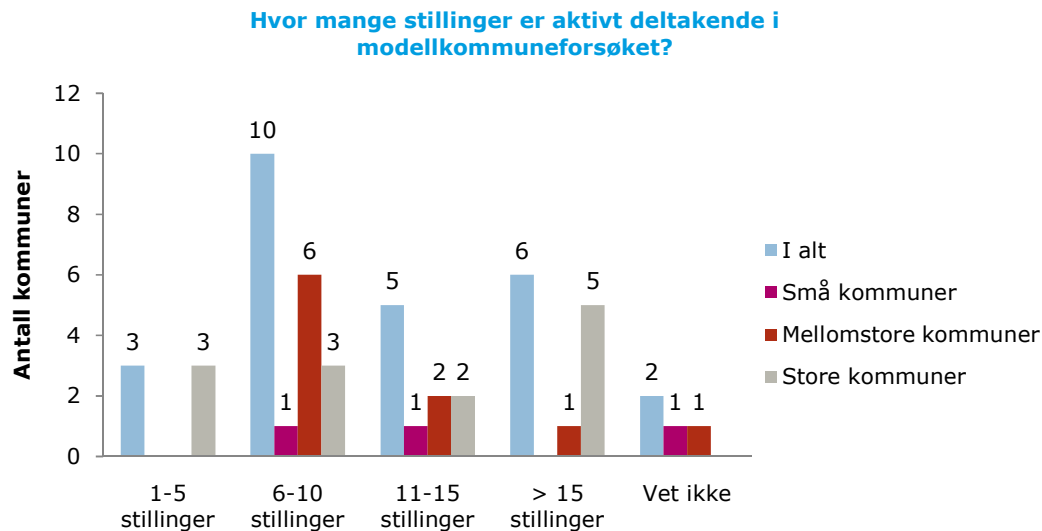
Figur 2.2 – Stillingsprosent til prosjektleidelse

Figur 2.2 viser hvor stor stillingsprosent som er avsatt til å lede modellkommuneforsøket. Den blå søylen viser antall kommuner totalt, mens den lilla søylen viser små kommuner, den røde søylen viser mellomstore kommuner og den grå søylen viser store kommuner.

Som vi kan lese av figur 2.2 er det flest kommuner (10) som har satt av mellom 20 og 39 % til ledelse av modellkommuneforsøket. Videre er det også mange kommuner (8) hvor prosjektlederstillingen inngår i prosjektleders ordinære stilling, og hvor en stillingsprosent ikke er avsatt. I 3 kommuner utgjør prosjektlederstillingen under 20 prosent, i 4 kommuner utgjør den mellom 40 og 60 %, mens den i 2 kommuner utgjør mellom 60 og 80 %. Ingen kommuner har en prosjektleder som arbeider over 80 % med ledelse av modellkommuneforsøket. Det er en liten tendens til at prosjektledere i store kommuner har større stillingsprosjenter enn prosjektledere i mindre kommuner, ved at ingen små kommuner har avsatt over 40 % til prosjektledelse, mens flere store kommuner har satt av over 40 %.

I figur 2.3 ser vi nærmere på hvor mange stillinger som er aktivt deltakende i modellkommuneforsøket. Her skiller vi også mellom kommunestørrelse, ettersom det forventes at flere fagpersoner er aktive i modellkommuneforsøket i store kommuner.

Figur 2.3 – Aktive stillinger



I figur 2.3 kan vi lese hvor mange stillinger som er aktivt deltagende i modellkommuneforsøket. Den blå søylen viser antall kommuner totalt, mens den lilla søylen viser små kommuner, den røde søylen viser mellomstore kommuner og den grå søylen viser store kommuner. Her vil vi gjøre oppmerksom på at flere kommuner oppga at det er utfordrende å telle antall stillinger. Dette betyr at noen har oppgitt antall fagpersoner som deltar i modellkommuneforsøket, mens andre har forsøkt å regne om den enkeltes deltakelse til prosentvis stilling. Andre igjen, har oppgitt eksakte stillinger. Dette medfører stor usikkerhet knyttet til disse tallene.

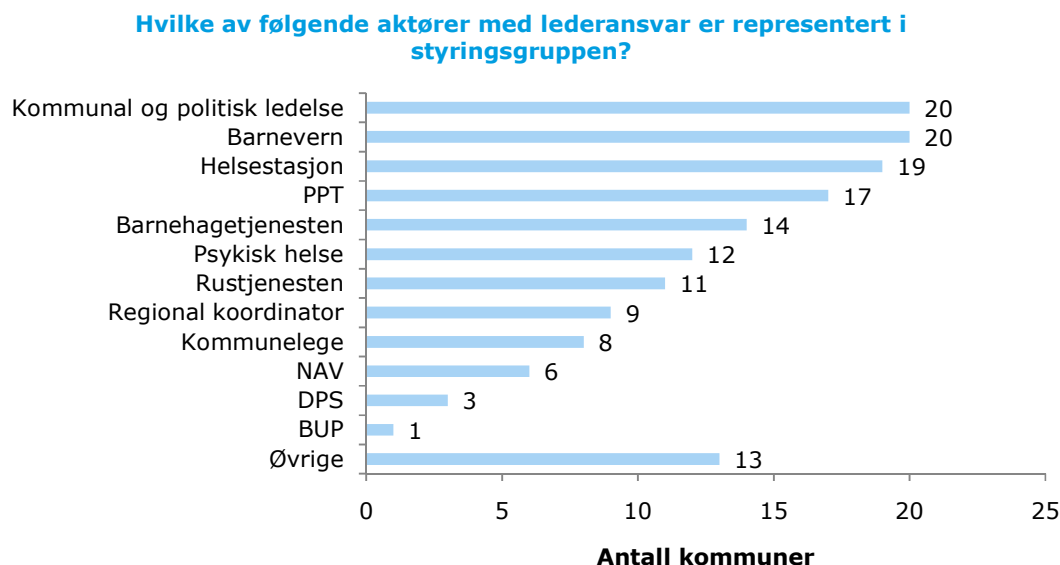
Likevel tyder det på at det er flest kommuner som har mellom 6 og 10 aktive stillinger i modellkommuneforsøket. Dette gjelder 11 kommuner. Videre er det 5 kommuner som har mellom 11 og 15 aktive stillinger, mens 5 kommuner har over 15 aktive stillinger. Tre av kommunene har mellom 1 og 5 stillinger, mens to kommuner har oppgitt at de ikke vet hvor mange stillinger som er aktivt deltagende i modellkommuneforsøket.

Skiller vi mellom kommunestørrelse er det en generell tendens til at store kommuner har flere aktive personer enn mellomstore og små kommuner. De kommunene som har oppgitt at flere enn 15 personer er aktivt deltagende i modellkommuneforsøket er 5 store og 1 mellomstor kommune. Likevel er det 3 store kommuner som har oppgitt at de har 1 – 5 aktive stillinger. Her er det verdt å bemerke at kommunene har forsøkt å regne om personenes deltakelse til stillingsprosent, noe som kan tyde på at det egentlig er flere aktive personer enn hva som fremkommer. Derfor ser det ut til at det i de aller fleste kommuner er mer enn 6 aktive personer i modellkommuneforsøket.

3.1 Styringsgruppe

I 25 av 26 kommuner er det etablert en styringsgruppe for modellkommuneforsøket i kommunen.

I figuren nedenfor fremkommer det hvilke aktører med lederansvar som er representert i styringsgruppen.

Figur 3.1 – Representanter i styringsgruppe

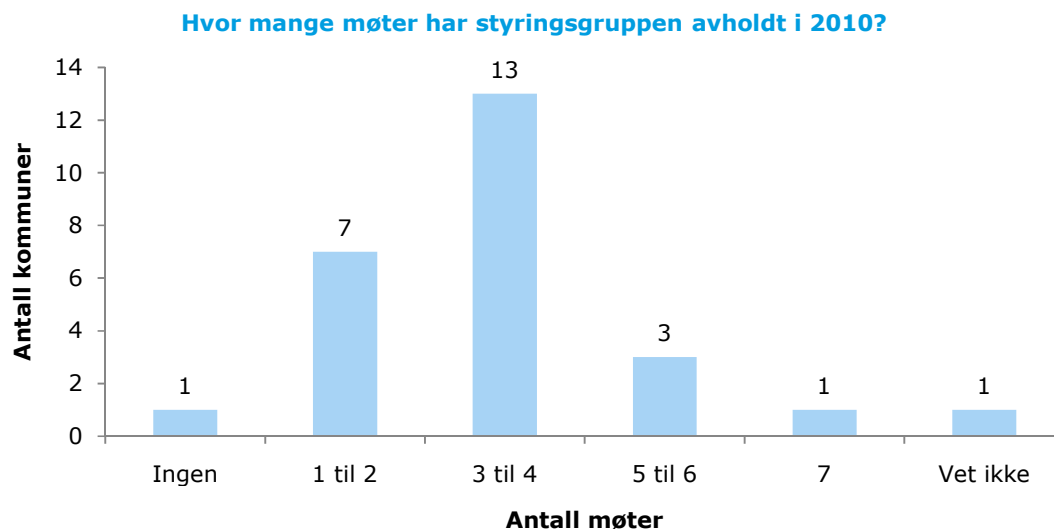
Som figur 3.1 viser er representanter for kommunal og politisk ledelse representert i styringsgruppen i 20 kommuner. Dette oppgis å være rådmannen i 6 av kommunene, og kommunalsjefen i 8 kommuner. I 13 kommuner deltar øvrige representanter fra kommunal og politisk ledelse. De som nevnes er enhetsledere under rådmannen (8 kommuner), politisk representant (4 kommuner), kommunaldirektørens stab (2 kommuner), ordfører (2 kommuner), NAV (1 kommune) og oppvekstkoordinator (1 kommune).

Figur 3.1 synliggjør også at barnevernet deltar i styringsgruppen i 20 kommuner, helsestasjonen i 19 kommuner og PPT i 18 kommuner. Videre er barnehagetjenesten representert i styringsgruppen i 14 kommuner, psykisk helse i 12 kommuner og rustjenesten i 11 kommuner. Regional koordinator er representert i 9 kommuner, NAV i 6 kommuner. Enheter i spesialisthelsetjenesten, DPS og BUP, er representert i styringsgruppen i henholdsvis 3 og 1 kommune(r).

I 13 kommuner er andre representanter enn de nevnte med i styringsgruppen. Dette varierer i stor grad mellom kommunene. De som nevnes er representanter fra fysioterapi- og ergoterapitjenesten, flyktningtjenesten, kommunepsykolog, ledende helsesøster, forsterket barnehage, lensmannen, avdelingsleder barne- og ungdomsbasen, krisesenter, Legemiddelassistert rehabilitering (LAR), "Barnas stasjon", Tverrfaglig samarbeidssystem (TSF), hovedtillitsvalgt fellesorganisasjonen. I en kommune er også brukerrepresentanter representert.

Ser vi på hvor mange personer som inngår i styringsgruppene i kommunene, forekommer det hyppigst at styringsgruppene består av 5 til 10 personer. Videre viser rapporteringene forskjeller mellom kommuner med ulik størrelse, hvor det generelt er noe flere aktører representert i styringsgruppene i store kommuner sammenlignet med mellomstore og små kommuner.

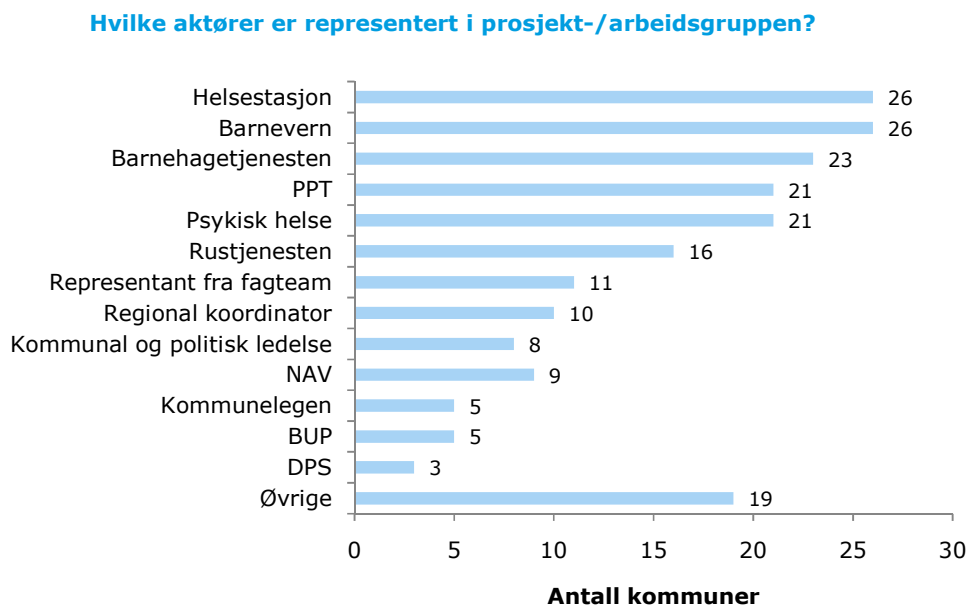
I figur 3.2 fremkommer det hvor mange møter styringsgruppene i modellforsøket har hatt.

Figur 3.2 – Møter i styringsgruppen

Som det fremkommer av figur 3.2 er det flest kommuner som har hatt 3 til 4 møter i løpet av 2010. Dette gjelder halvparten av kommunene. Det er 7 kommuner som har hatt 1 til 2 møter med styringsgruppen, 3 kommuner som har hatt 5 til 6 møter, og 1 kommune som har hatt 7 møter. Videre er det 1 kommune som ikke har hatt noen møter, og en kommune som ikke har oppgitt hvor mange møter styringsgruppen har hatt.

3.2 Prosjekt-/arbeidsgruppe

Samtlige 26 kommuner har etablert en prosjekt-/arbeidsgruppe for modellkommuneforsøket i kommunen. 3 av kommunene har både prosjektgruppe for modellkommuneprosjektet, pluss egne arbeidsgrupper som arbeider med spesifikke områder. En kommune opprettet prosjekt-/arbeidsgruppe i oktober 2010, mens en kommune oppløste arbeidsgruppen i oktober 2010. I figur 3.3 fremkommer det hvilke aktører som er representert i prosjekt-/arbeidsgruppen i kommunene.

Figur 3.3 – Representanter i prosjekt-/arbeidsgruppen

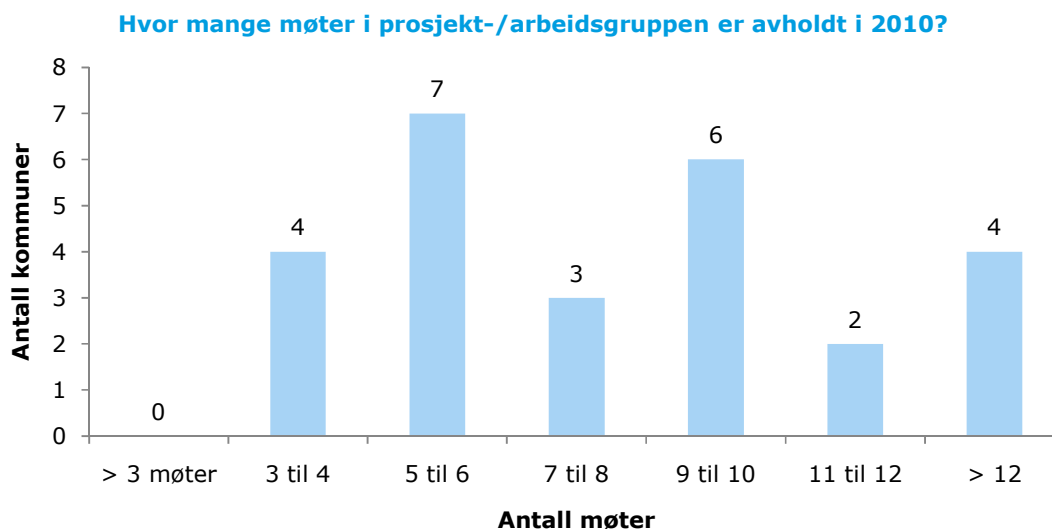
Som det fremkommer av figuren er både helsestasjon og barnevern representert i prosjekt-/arbeidsgruppen i samtlige 26 kommuner, mens barnehagetjenesten er representert i 23 av kommunen. Videre er PPT og psykisk helse begge representert i 21 kommuner, mens rustjenesten er representert i 16 kommuner og representant fra fagteam i 11 kommuner. Utover dette er regional koordinator representert i 10 kommuner, kommunal og politisk ledelse i 10 kommuner, NAV i 9 kommuner, kommunelegen i 5 kommuner. Enheter fra spesialisthelsetjenesten, BUP og DPS, er begge representert i 5 kommuner. I 19 kommuner inngår øvrige aktører i prosjekt-/arbeidsgruppen. Dette er ulike aktører i ulike kommuner. De som nevnes er:

- Kommunepsykolog (3)
- Fysioterapi- og ergoterapitjenesten (2)
- Fastlege (2)
- Familiesenter
- Helsevernetat
- VOP
- Flyktningtjeneste
- Tildelingskontor
- Tillitsvalgt fra fagforening
- Krisesenter
- RVTS
- LAR
- Familievernkontor
- Barneklipp ved RHF
- Hjemmetjeneste "åpen omsorg"
- SLT
- Ungdomsteam
- "Barnas stasjon"
- "Lade behandlingssenter"
- "Voksne for barn"

Ser vi på antall representanter som deltar i prosjekt-/arbeidsgruppene i kommunene har de fleste kommunene mellom 7 og 12 representanter. Dette tyder på at prosjekt-/arbeidsgruppene generelt er større enn styringsgruppene. Det er ingen systematiske forskjeller mellom kommuner med ulik størrelse når det gjelder hvilke instanser som deltar i prosjekt-/arbeidsgruppene.

I figur 3.4 fremkommer det hvor mange møter prosjekt-/arbeidsgruppen har avholdt i 2010.

Figur 3.4 – Møter i prosjekt-/arbeidsgruppene



Som det fremkommer av figuren har alle kommunene hatt møter i prosjekt-/arbeidsgruppen i 2010. Det er flest kommuner som har hatt 5 til 6 møter. Dette gjelder 7 kommuner. Derneft har 6 kommuner hatt 9-10 møter. Videre er det 4 kommuner som har hatt 3 til 4 møter, 3

kommuner som har hatt 7 til 8 møter, 2 kommuner som har hatt 11 til 12 møter og 4 kommuner som har hatt flere enn 12 møter. Den kommunen som har hatt flest møter har hatt 16 møter.

Sammenligner vi med styringsgruppene, ser vi at prosjekt- /arbeidsgruppene i kommunene samlet har hatt flere møter enn styringsgruppene.

3.3 Endringer i organisering

I løpet av 2010 har 9 kommuner gjort endringer i organiseringen av modellkommuneforsøket. Noen kommuner har gjort mer omfattende endringer enn andre. Det som forekommer hyppigst er endringer i styregruppens sammensetning. Dette er gjort i 5 kommuner. Derneft er det 4 kommuner som har gjort endringer i arbeidsgruppens sammensetning. Utover dette oppgir 3 kommuner at de har gjort endringer i ansvarsfordeling og 2 kommuner har skiftet prosjektleder. Videre har en kommune opprettet stillingsprosent til prosjektleder, mens en kommune har redusert møtevirksomhet i arbeidsgruppen. En kommune har oppløst arbeidsgruppen.

3.4 Oppsummering

I dette avsnittet oppsummeres de viktigste punktene fra spørsmålene om organisering:

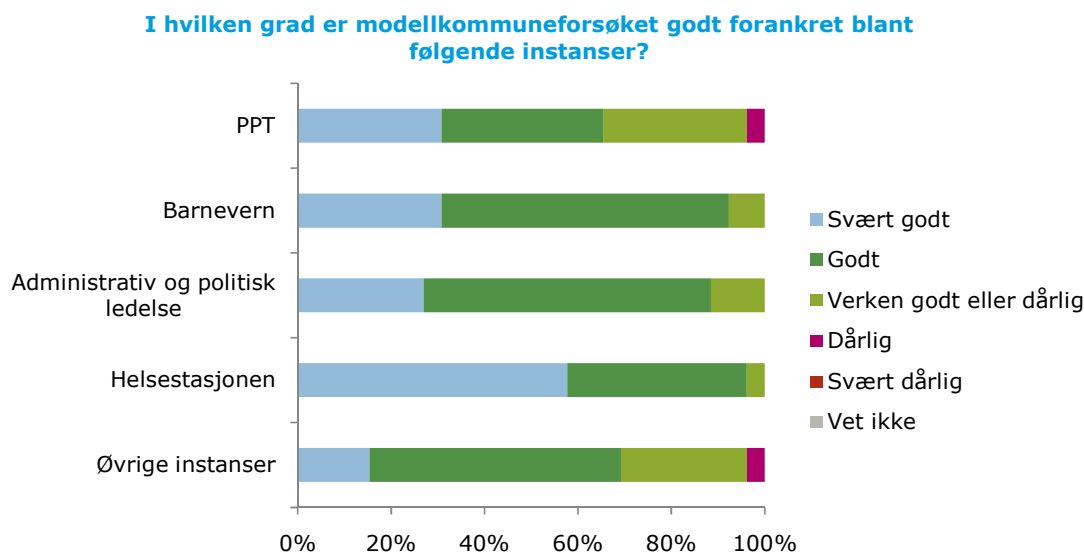
- Samtlige kommuner har valgt en prosjektorganisering for modellkommuneforsøket.
- Helsestasjonen den instansen hvor prosjektleder for modellkommuneforsøket kommer fra i flest kommuner.
- Det er stor variasjon med hensyn til hvor stor stillingsprosent som er avsatt til ledelse av prosjektet.
- I 25 av 26 kommuner er det etablert en styringsgruppe for modellkommuneforsøket i kommunen.
- De instansene som inngår i styringsgruppen i flest kommuner er representanter for kommunal og politisk ledelse, barnevern og helsestasjon.
- Styringsgruppene har hatt mellom 1 og 7 møter i 2010, hvor flertallet har hatt 3-4 møter.
- Samtlige 26 kommuner har etablert en prosjekt-/arbeidsgruppe for modellkommuneforsøket.
- De instansene som inngår i prosjekt-/arbeidsgruppen i flest kommuner er helsestasjon, barnevern og barnehageetat.
- Prosjekt-/arbeidsgruppene har hatt mellom 3 og 16 møter i 2010, hvor flest kommuner har hatt 5 til 6 møter.
- 9 kommuner har gjort endringer i organiseringen av modellkommuneforsøket i 2010. Den endringen som flest kommuner har gjort er endringer i styringsgruppens sammensetning.

4. FORANKRING

I dette kapittelet gjengis kommunenes vurderinger av modellkommuneforsøkets forankring i kommunen. Her skilles mellom ulike kommunale instanser. Kapittelet omtaler også informasjon om politisk behandling av planer tilknyttet modellkommuneforsøket og kommunikasjon med kommunens politiske ledelse.

I figur 4.1 fremkommer kommunenes vurderinger av hvor god forankringen av modellkommuneforsøket er blant ulike instanser i kommunen.

Figur 4.1 – Forankring av modellkommuneforsøket



Som figur 4.1 viser har kommunene generelt vurdert at forankringen av modellkommuneforsøket er god eller svært god blant alle oppgitte instanser. Det ser likevel ut til at helsestasjonen er den instansen hvor modellkommuneforsøket er best forankret. Også i barnevernet og blant administrativ og politisk ledelse vurderer flesteparten at modellkommuneforsøket er svært godt eller godt forankret.

Når det gjelder forankring i administrativ og politisk ledelse, kan dette ses i sammenheng med deltakelse i styringsgruppe og arbeids-/prosjektgruppe. Som beskrevet i kapittel 3 er kommunal og politisk ledelse med i styringsgruppen i 20 av kommunene. Videre er representanter for kommunal og politisk ledelse med i styringsgruppen i 10 kommuner. I 5 kommuner deltar ikke representant for kommunal og politisk ledelse verken i styringsgruppen eller arbeids-/prosjektgruppen. Dette gir også en indikasjon på modellkommuneforsøkets forankring i administrativ og politisk ledelse.

Når det gjelder PPT er det en større andel som oppgir at prosjektet verken er godt eller dårlig forankret, sammenlignet med de tre nevnte instansene. Likevel oppgir også majoriteten av kommunene at modellkommuneforsøket er godt eller svært godt forankret i PPT.

Det ser også ut til at modellkommuneforsøket er relativt godt forankret i øvrige instanser i kommunen. Omkring 70 % av kommunene oppgir at det er godt eller svært godt forankret blant øvrige instanser.

Med hensyn til forankring er det små forskjeller mellom kommuner med ulik kommunestørrelse.

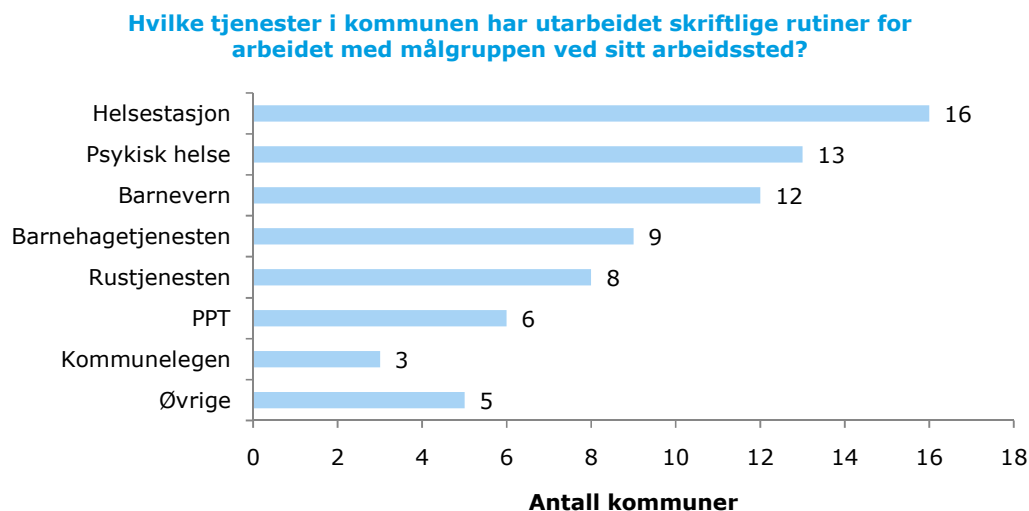
Rapporteringene viser at planer tilknyttet modellkommuneforsøket blir politisk behandlet i 16 (ca 60 %) av kommunene. I 23 (ca 88 %) av kommunene blir politisk ledelse årlig informert om status for modellkommuneforsøket. Kommunene gjør dette på ulike måter:

- Informasjon til politiske utvalg/komiteer (13)
- Informasjonsmøter med politisk/administrativ ledelse (6)
- Representant fra politisk/administrativ ledelse deltar i styringsgruppe (4)
- Gjennom handlingsplaner/kommunale årsplaner (4)
- Dokumenter/møtereferater/statusrapporter gjøres tilgjengelig (2)
- Løpende dialog (2)
- Gjennom media (1)

Videre viser rapporteringene at 20 kommuner (78 %) har utviklet en prosjektplan/satsningsplan for modellkommuneforsøket for perioden forsøket pågår.

I 17 av kommunene er det også utarbeidet skriftlige rutiner for arbeidet med målgruppen i en eller flere tjenester. Hvor mange kommuner som har utarbeidet rutiner for de ulike tjenestenes arbeid med målgruppen fremkommer av figur 4.2.

Figur 4.2 - Skriftlige rutiner



Som figur 4.2 viser, har samtlige av kommunene som har utarbeidet rutiner for arbeidet med målgruppen utarbeidet rutiner for helsestasjonens arbeid. Videre har 13 kommuner utarbeidet rutiner for psykisk helsetjenestes arbeid og 12 har utarbeidet rutiner for barneverntjenestens arbeid. Videre har 9 kommuner utarbeidet rutiner for barnehagetjenestens arbeid, 8 for rustjenestens arbeid, 6 for PPTs arbeid og 3 for kommunelegens arbeid. I fire kommuner har de utarbeidet rutiner for andre tjenesters arbeid med målgruppen. Dette gjelder NAV, hjemmesykepleie, tverrfaglig familieteam, "Barnas stasjon".

Flere av kommunene som ikke har utarbeidet skriftlige rutiner for arbeidet med målgruppen oppga at de enten er i gang med dette arbeidet, eller at de skal gå i gang med det i løpet av 2011.

Rapporteringene viser en tendens til sammenheng mellom forankring i ulike instanser og hvorvidt det er utarbeidet skriftlige rutiner. Eksempelvis er helsestasjonen den instansen hvor kommunene samlet har vurdert at modellkommuneforsøket er best forankret, og også den instansen som flest kommuner har utviklet skriftlige rutiner i tilknytning til modellkommuneforsøket.

4.1 Oppsummering

I dette avsnittet oppsummeres de viktigste punktene fra spørsmålene om forankring:

- Kommunene vurderer generelt forankringen av modellkommuneforsøket som god eller svært god.
- Helsestasjonen er den instansen hvor modellkommuneforsøket ser ut til å være best forankret.
- Planer tilknyttet modellkommuneforsøket blir politisk behandlet i 16 (ca 60 %) av kommunene.
- I 23 (ca 88 %) av kommunene blir politisk ledelse årlig informert om status for modellkommuneforsøket. I flest kommuner skjer dette i form av informasjon til politiske utvalg/komiteer.
- 20 kommuner (78 %) har utviklet en prosjektplan/satsningsplan for modellkommuneforsøket for perioden forsøket pågår.
- I 17 av kommunene er det også utarbeidet skriftlige rutiner for arbeidet med målgruppen i en eller flere tjenester. Helsestasjonen er den instansen som i flest kommuner har utarbeidet skriftlige rutiner.

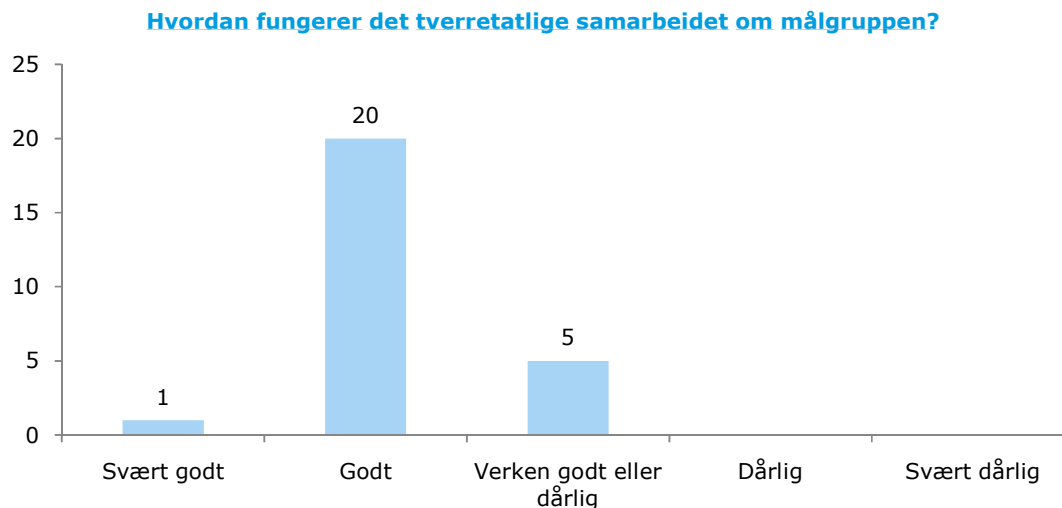
5. SAMARBEID

I dette kapittelet gjengis kommunenes rapporteringer på spørsmål knyttet til samarbeid. Dette gjelder både samarbeid mellom ulike deler av det kommunale tjenesteapparatet og samarbeid med instanser utenfor kommunen, som spesialisthelsetjenesten og Bufetat.

5.1 Samarbeid internt i kommunen

I figur 5.1 vises kommunenes vurderinger av det tverretatlige samarbeidet internt i kommunen.

Figur 5.1 – Vurderinger av tverretatlig samarbeid



Av figur 5.1 kan vi lese at kommunene generelt vurderer det tverretatlige samarbeidet som godt. Her har 20 av kommunene oppgitt at det tverretatlige samarbeidet fungerer godt, mens 1 kommune har oppgitt at det fungerer svært godt. 5 kommuner har oppgitt at det verken fungerer godt eller dårlig. Ingen kommuner har oppgitt at det tverretatlige samarbeidet fungerer dårlig eller svært dårlig. Det er ingen systematiske forskjeller mellom kommunene med hensyn til kommunestørrelse.

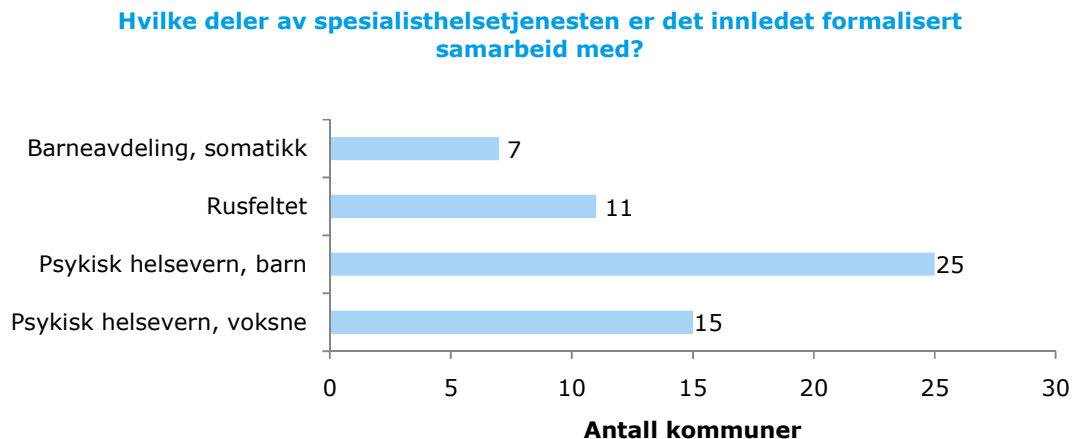
Rapporteringene viser også at i 23 kommuner (ca 88 %) har de ulike delene av det kommunale tjenestetilbudet kjennskap til hverandres kompetanse, ansvarsområde og tilbud for å sikre målgruppen. Dette betyr at man i 3 kommuner har vurdert at de ulike delene av det kommunale tjenestetilbudet ikke har kjennskap til disse områdene.

En måte å legge til rette for samarbeid mellom ulike etater om målgruppen er å utvikle planer og rutiner for samarbeid. Rapporteringene viser at 15 kommuner (ca 58 %) har utarbeidet plan og rutiner for det tverretatlige arbeidet med målgruppen.

Rapporteringene viser også at 15 kommuner (ca 58 %) har foretatt organisasjonsendringer for å samordne tjenestene bedre. Organisasjonsendringer er gjort i 9 store kommuner og 6 mellomstore kommuner, men ikke i noen små kommuner.

5.2 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

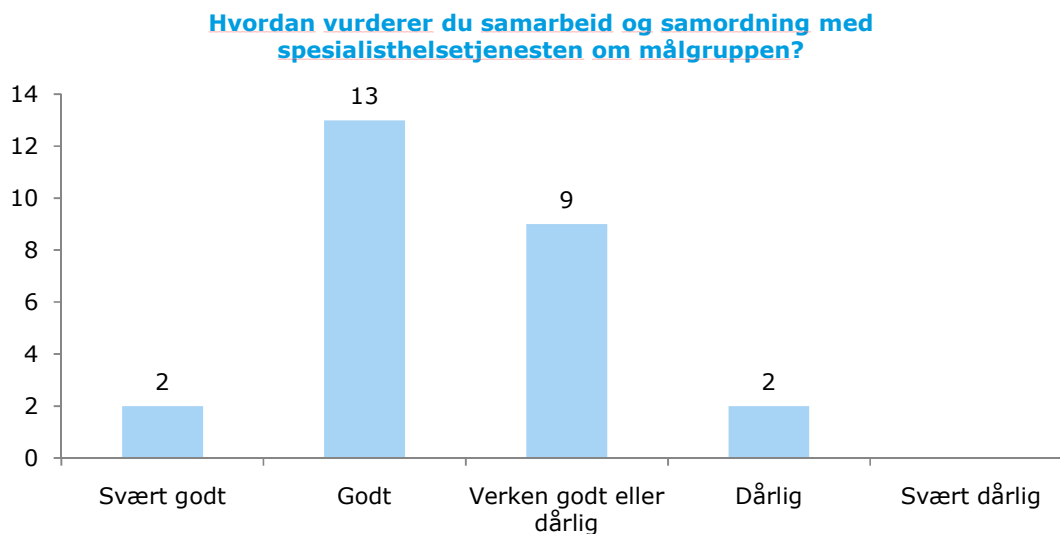
Kommunene samarbeider ulike deler av spesialisthelsetjenesten. I rapporteringene ble kommunene bedt om å oppgi hvorvidt samarbeidet med ulike deler av spesialisthelsetjenesten er formalisert. Dette fremkommer av figur 5.2.

Figur 5.2 – Formalisert samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Som det fremkommer av figur 5.2, er psykisk helsevern for barn den instansen i spesialisthelsetjenesten som flest kommuner har innledet formalisert samarbeid med. Dette gjelder 25 av kommunene. Videre har 15 kommuner innledet formalisert samarbeid med psykisk helsevern for voksne, 11 med rusfeltet og 7 med barneavdeling somatikk.

Alle kommunene har formalisert samarbeid med spesialisthelsetjenesten. De fleste kommunene har formalisert samarbeid med en eller to av disse instansene. 9 kommuner har samarbeid med en instans, 7 kommuner har samarbeid med 2 instanser og 5 kommuner har samarbeid med 3 instanser. Det er 5 kommuner som har formalisert samarbeid med alle de fire delene av spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder 2 mellomstore og 3 store kommuner.

I figur 5.3 fremkommer kommunenes vurderinger av samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

Figur 5.3 – Vurderinger av samarbeid med spesialisthelsetjenesten

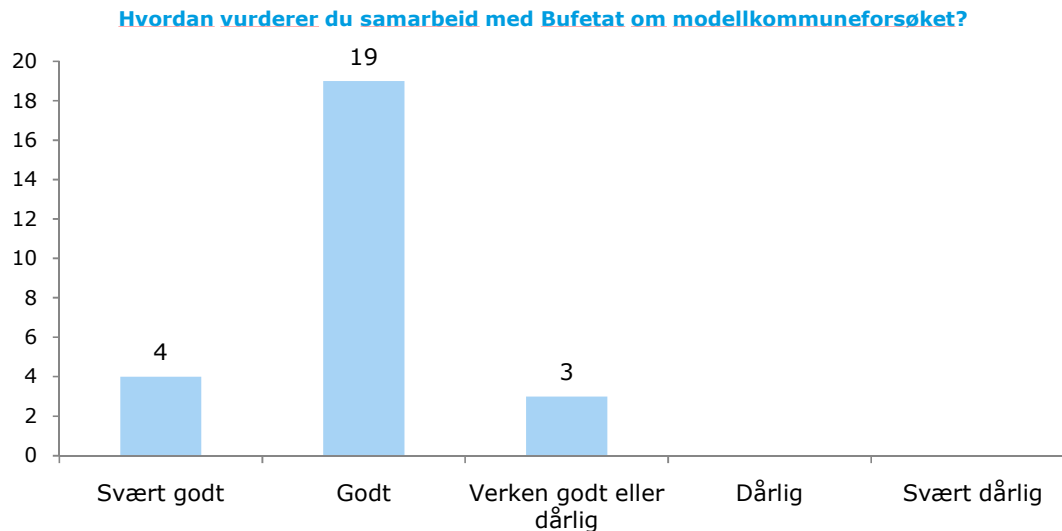
Som figur 5.3 viser, har halvparten av kommunene (13) vurdert samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som godt. 2 kommuner har vurdert samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som svært godt. 9 kommuner har imidlertid vurdert samarbeidet som verken godt eller dårlig mens 2 har vurdert det som dårlig. Ingen har vurdert det som svært dårlig.

Her er det en tendens til at store kommuner gir dårligere vurderinger av samarbeidet med spesialisthelsetjenesten sammenlignet med små og mellomstore kommuner.

5.3 Samarbeid med Bufetat

I figur 5.4 fremkommer kommunenes vurderinger av samarbeidet med Bufetat.

Figur 5.4 – Vurderinger av samarbeid med Bufetat



Når det gjelder samarbeid med Bufetat har hele 19 kommuner vurdert det som godt, mens 4 kommuner har vurdert det som svært godt. 3 kommuner har vurdert samarbeidet med Bufetat som verken godt eller dårlig, mens ingen har vurdert det som dårlig.

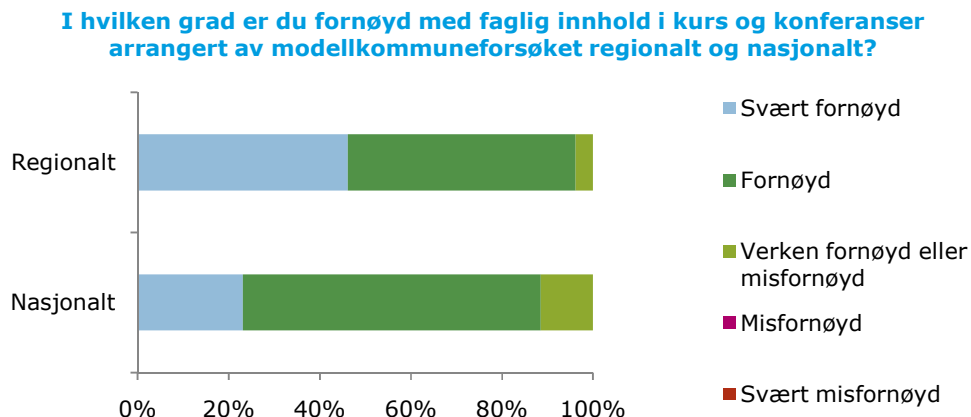
Kommunene som har vurdert samarbeidet som godt eller svært godt trekker særlig frem samarbeidet med regional koordinator. Det ble trukket frem som positivt at regional koordinator er lett tilgjengelig, gir tilbakemeldinger på kommunens arbeid, arrangerer samarbeidsfora, deltar på styringsgruppemøter og arbeidsgruppemøter på forespørsel, informasjon om planer fremover og gir veiledning knyttet til forankring, organisasjonsutvikling, tiltaksutvikling med mer.

Samarbeid med fagteam ble også trukket frem av flere kommuner. Her ble det ansett som positivt at representant fra fagteam deltar i arbeidsgruppe og gir veiledning til kommunene.

Et fåtall kommuner pekte også på områder i samarbeidet som kan forbedres. Her ble nevnt lite kontakt med fagteamet og uklarhet rundt fagteamets rolle. Det ble også nevnt at Bufetats rolle i arbeidet med målgruppen kan oppfattes som uklar, og at det er behov for bedre koordinering mellom statlige aktører som Bufetat, HOD og Folkehelseinstituttet. Det ble også trukket frem som negativt at regional koordinator er ikke så tilgjengelig som ønsket.

I forbindelse med modellkommuneforsøket er det arrangert kurs/opplæring innen temaet barn av psykisk syke og rusmiddelmisbrukende foreldre i regi av Bufetat. Enkelte kommuner oppga kun antall deltakere, andre oppga hvilke instanser deltakerne kom fra, mens andre oppga begge deler. Antallet deltakere varierer mellom kommunene, men de fleste kommunene oppga at omkring 10 personer har deltatt. Det varierer også mellom kommunene hvilke instanser deltakerne kommer fra. De som nevnes av flere er helsestasjon, PPT, barnevern, barnehager, psykisk helsetjeneste, barnehage, grunnskole, NAV, flyktningavdeling, voksenpsykiatri, kommunepsykolog og fysioterapi- og ergoterapitjenesten.

I forbindelse med modellkommuneforsøket er det arrangert både regionale og nasjonale kurs og konferanser. I figur 5.3 fremstilles kommunenes tilfredshet med det faglige innholdet på disse samlingene.

Figur 5.3 – Tilfredshet med regionale og nasjonale kurs og konferanser

Som figur viser er kommunene generelt fornøyd med det faglige innholdet både på regionale og nasjonale konferanser. En svært liten andel har oppgitt at de er verken fornøyd eller misfornøyd, mens ingen har oppgitt at de er misfornøyd eller svært misfornøyd. Det ser likevel ut til at en større andel er svært fornøyd med innholdet i de regionale samlingene sammenlignet med de nasjonale samlingene.

Kommunene hadde også kommentarer og ønsker til fremtidige kurs og konferanse. Disse er knyttet til tema, opplegg og organisering:

Tema

- Godkjente kurs for leger i forhold til kompetanseheving innen rusfeltet og kartlegging av rus i svangerskapet
- Metodisk verktøy for oppfølging av målgruppa, som eksempelvis familiesamtaler
- PPTs rolle i prosjektet
- Vurderingsverktøy i barnehage, observasjon og vurderingskompetanse
- Ulike kommunale modeller for systematisk og langsiktig oppfølging av målgruppen
- Presentasjon og opplæring i konkrete tilnæringsmåter. eks: tilknytning og mentalisering
- Tilbud om opplæring i kartleggingsverktøy, eksempelvis TWEAK, ASQ
- Fokus på resten av Modellkommuneperioden
- Tverrfaglig samarbeid
 - hvordan inkludere aktuelle tjenester som arbeider med målgruppen eks: politiet, tannlegene, familievern, frivillige organisasjoner (bymisjonen)
 - gode eksempler på vellykkede samarbeidsmodeller
- Marthe Meo i arbeidet med målgruppa
- Dokumentasjon i prosjektet
- Vanskelige barnefordelingssaker
- Barn av asylsøkere

Opplegg

- Viktig med gode innledere som skaper engasjement
- Erfaringsutveksling mellom kommunene må ikke bli gjentatt gang etter gang, men dele nye erfaringer hver gang.
- Fortsette med gruppearbeid etter kommunestørrelse og faggruppe
- Fortsatt erfaringsutveksling mellom kommunene som har omtrent samme størrelse, MEN= sette av bedre tid til hver kommune.

Organisering

- Invitere flere fra politisk ledelse – dette kan føre til god mediedekning
- Ønskelig med tre dagers konferanse for å få bedre tid
- Parallellseminar som skiller mellom grunnpakker og dypdykk for å ha kurs/tema som treffer både "nybegynnere" og "viderekomne"
- Økonomisk støtte slik at flest mulig kan reise på disse konferansene

- Større deltakerkapasitet

5.4 Oppsummering

I dette avsnittet oppsummeres de viktigste punktene fra spørsmålene om samarbeid:

- Kommunene generelt vurderer det tverretatlige samarbeidet som godt.
- I 23 kommuner (ca 88 %) har de ulike delene av det kommunale tjenestetilbudet kjennskap til hverandres kompetanse, ansvarsområde og tilbud for å sikre målgruppen.
- 15 kommuner (ca 58 %) har utarbeidet plan og rutiner for det tverretatlige arbeidet med målgruppen.
- 15 kommuner (ca 58 %) har foretatt organisasjonsendringer for å samordne tjenestene bedre.
- Alle kommunene har formalisert samarbeid med spesialisthelsetjenesten.
- Den instansen i spesialisthelsetjenesten som flest kommuner har formalisert samarbeid med er psykisk helsevern barn.
- De fleste kommunene vurderer samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som godt eller verken godt eller dårlig.
- Samarbeidet med Bufetat vurderes generelt som godt.
- Samarbeidet med regional koordinator anses som viktig for samarbeidet.
- Kommunene er generelt fornøyde med det faglige innholdet både på regionale og nasjonale konferanser.

6. KARTLEGGING AV MÅLGRUPPEN

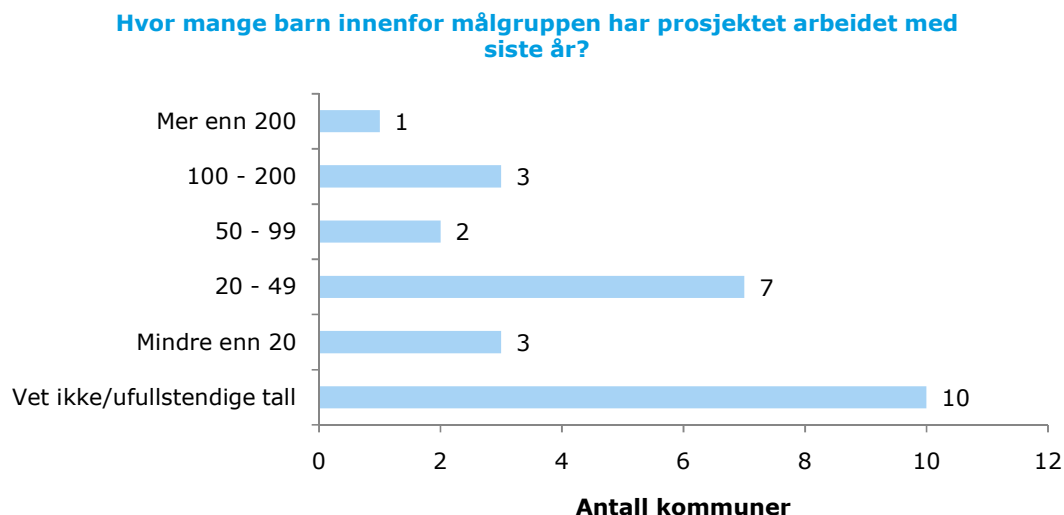
I dette kapittelet gjengis kommunenes rapporteringer med hensyn til kartleggingen av målgruppen. Vi kommer inn på hvordan de registrerer antallet barn innen for målgruppen, antall barn kommunene har arbeidet med, hvilke kartleggingsverktøy kommunene benytter, samt hvilke kartleggingsverktøy de har opplæring i og implementering av verktøyene.

6.1 Antall barn i målgruppen

Omtrent halvparten (14) av kommunene har utarbeidet et system for registrering av antall personer innenfor målgruppa i de ulike tjenestene. Hvordan systemene er utformet varierer mellom kommunene. Flere oppga at de bruker kartleggingsverktøy som EPDS, TWEAK og ASQ til å registrere målgruppen. En kommune har utviklet et registreringsskjema som sendes til alle etater som kartlegger barn i målgruppen, for å få en samlet registrering. Kommuner som ikke har utarbeidet et system for registrering av målgruppen oppga at flere av tjenestene registrerer antall barn, men at kommunen ikke har noen samlet registrering og oversikt.

Hvor mange barn dette dreier seg om i kommunene fremkommer av figur 6.1.

Figur 6.1 – Antall barn prosjektet har arbeidet med



Som vi ser av figur 6.1 er det en relativt stor andel av kommunene, 10 kommuner, som ikke har oppgitt hvor mange barn innenfor målgruppen prosjektet har arbeidet med. Flere av disse oppga at grunnen til at de ikke kan oppgi antall er at kommunen ikke har innført rutiner for å registrere antall barn i målgruppen, og har heller ikke datasystem som muliggjør dette. En annen årsak som ble nevnt er at mye av arbeidet med målgruppe er integrert i de ordinære tjenestene, noe som gjør det utfordrende å trekke ut antall barn tjenestene har arbeidet med siste året.

Blant de 16 kommunene som har oppgitt antall barn innenfor målgruppen som prosjektet har arbeidet med siste år, har 3 kommuner arbeidet med mindre enn 20 barn. Dette gjelder 1 liten kommune, 1 mellomstor kommune og 1 stor kommune. Det som forekommer hyppigst er kommuner som har arbeidet med 20 – 49 barn, noe som gjelder 7 kommuner. Dette gjelder 1 liten kommune, 4 mellomstore kommuner og 3 store kommuner. Videre har 2 kommuner arbeidet med 50 til 99 barn. Dette gjelder 1 mellomstor kommune og 1 stor kommune. 3 kommuner har arbeidet med 100 – 200 barn mens 1 kommune har arbeidet med mer enn 200 barn. Dette gjelder store kommuner.

I rapporteringen understreket flere kommuner at det ikke er selve prosjektet som har arbeidet med målgruppen, men at arbeidet gjøres i de ulike tjenestene, som helsestasjon, barnehager, barneverntjenesten, psykisk helsetjeneste, fastleger med flere.

6.2 Kartleggingsverktøy

For å fange opp både barn og familier i målgruppen benytter kommunene ulike kartleggingsverktøy.

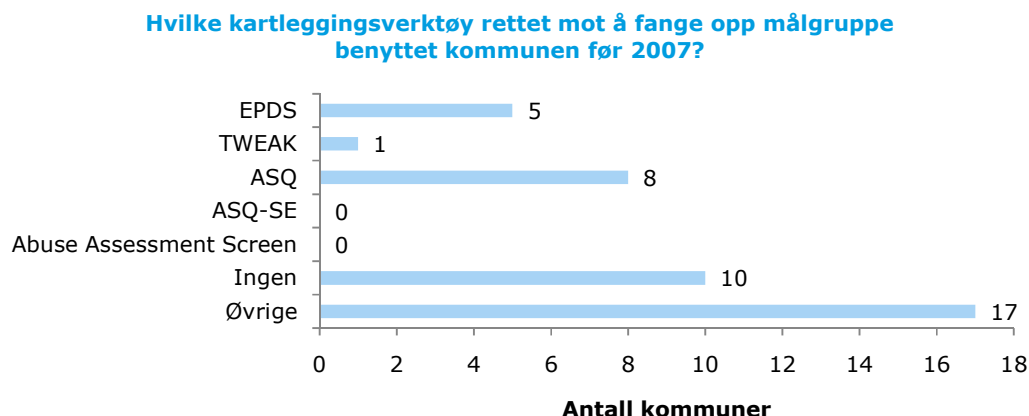
I tabell 6.1 gir vi en oversikt over ulike kartleggingsverktøy som kommunene benytter i varierende grad.

Tabell 6.1 – oversikt over kartleggingsverktøy

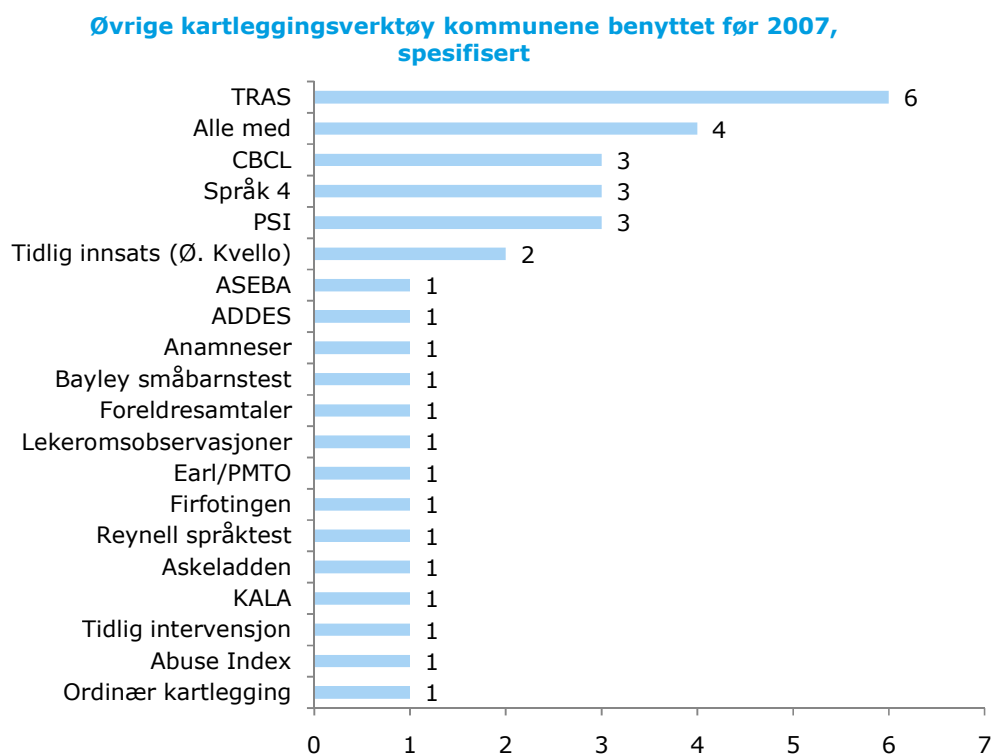
EPDS – Edinburgh postnatal depression scale	- Selvrapporteringskjema særlig rettet mot mødre som nettopp har født - Hjelpemiddel for helsepersonell for å avdekke fødselsdepresjoner
ASQ – Ages and stages questionnaires	- Selvrapporteringskjema for foreldre med barn fra 2mnd til 5 år for screening av barns utvikling - Består av 19 skjemaer som fylles ut annenhver måned
ASQ-SE – Ages and stages questionnaires, social emotional	- Supplerer ASQ 8 tilleggsskjemaer til ASQ, fylles ut hver 6. måned
TWEAK – Tolerance, worried, eye opener, amnesia, cut down	Screeningverktøy brukt av helsepersonell for avdekking av overforbruk/ risikofyllt bruk av alkohol hos gravide eller kvinner i fertil alder
AUDIT – The alcohol use disorder identification test 2nd edition.	Kortfattet skåringsverktøy brukt i primærhelsetjenesten for å avdekke skadelig alkoholkonsum i den voksne befolkning
PSI - Parenting stress index	Verktøy for å måle omsorgsrelatert stress
PSI-SF - Parenting stress index, short form	Kortversjon av PSI
TRAS – Tidlig registrering av språkutvikling	- Observasjonsmateriell for språkutvikling hos barnehagebarn fra 2-5 år - Kartlegger biologiske og/eller miljømessige årsaker til negativ utvikling
CBCL – Child behavior check list	- Selvrapporteringskjema for barns omsorgspersoner - Skal kartlegge barns kompetanse og psykiske problemer
ECBI – Eyberg child behavior inventory	- Skåringsverktøy for å avdekke barn og unge med alvorlige atferdsvansker - Også brukt til å registrere endring av intervensjon/behandling
SATS - Screening av toåringers språk	Kartleggingsverktøy for språkutvikling beregnet for toårskontrollen på helsestasjonen
Språk 4	Kartleggingsverktøy for språkutvikling beregnet på fireårskontrollen på helsestasjonen

I det videre skal vi se nærmere på hvilke kartleggingsverktøy kommunene benyttet før 2007 og hvilke kartleggingsverktøy kommunene benytter i dag.

I figur 6.2 fremkommer det hvilke kartleggingsverktøy som ble benyttet før 2007.

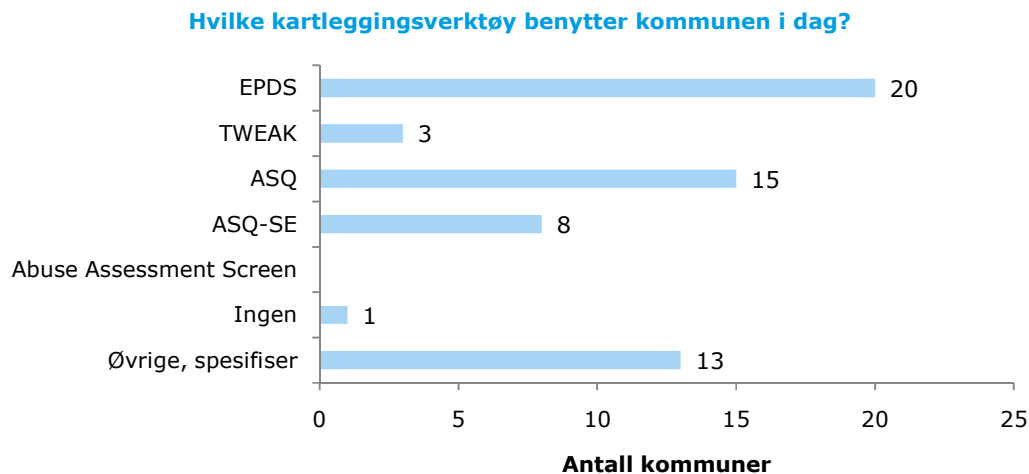
Figur 6.2 – Kartleggingsverktøy før 2007

Som vi kan lese av figur 6.2 var det 10 kommuner som ikke benyttet noen kartleggingsverktøy før 2007. Blant de som benyttet kartleggingsverktøy, benyttet 8 kommuner ASQ, 5 kommuner EPDS og 1 kommune TWEAK. Ingen kommuner benyttet ASQ-SE eller Abuse Assessment Screen. Det at ingen benyttet Abuse Assessment Screen er naturlig, da verktøyet ikke var lansert i 2007. Det var imidlertid 17 kommuner som benyttet andre kartleggingsverktøy enn de som ble nevnt i rapporteringsskjemaet. Hvilke kartleggingsverktøy dette dreier seg om fremkommer av figur 6.3.

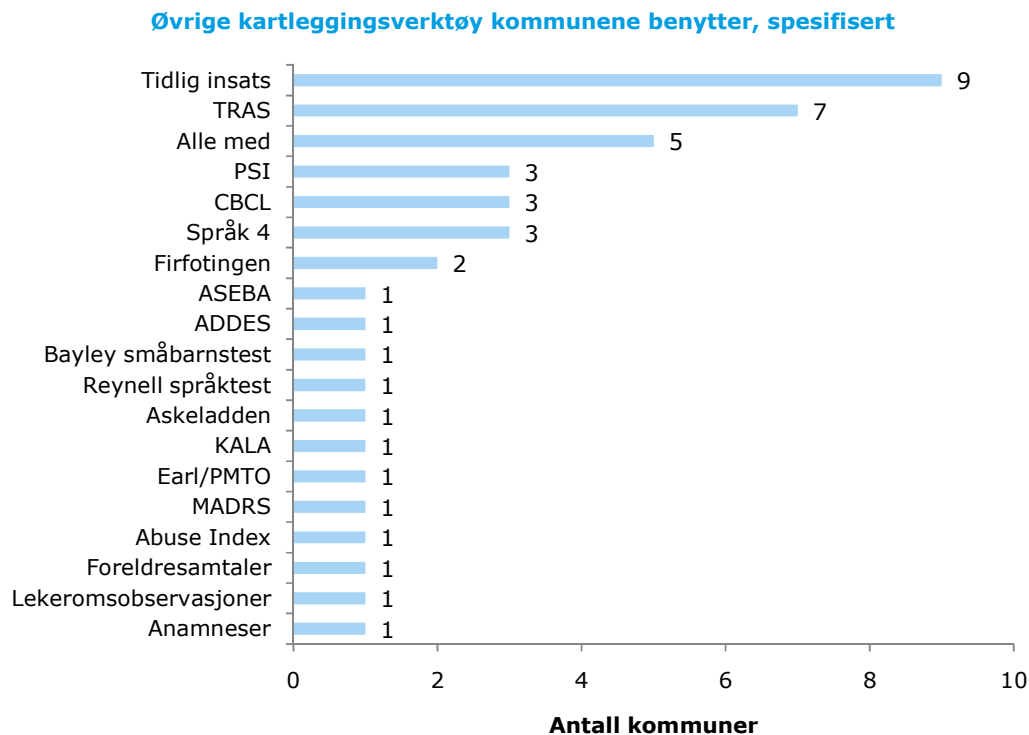
Figur 6.3 – Kartleggingsverktøy før 2007, øvrige

Som figur 6.2 viser, var det 6 kommuner som benyttet TRAS. Videre benyttet 4 kommuner Alle med, mens 3 kommuner benyttet henholdsvis CBCL, Språk 4 og PSI og 2 kommuner benyttet Tidlig innsats (Ø. Kvello). Utover dette viser figuren 14 kartleggingsverktøy som benyttes av en kommune.

Figur 6.4 viser hvilke kartleggingsverktøy kommunene benytter i dag.

Figur 6.4 – Kartleggingsverktøy i 2010

Som figur 6.4 viser, er det kun 1 kommune som ikke benytter noen kartleggingsverktøy. Blant de 25 kommunene som benytter kartleggingsverktøy benytter 20 kommuner EPDS, mens 15 benytter ASQ. Videre benytter 8 kommuner ASQ-SE og 3 kommuner TWEAK. Ingen benytter Abuse Assessment Screen. Dette er naturlig, fordi ingen kommuner enda har fått opplæring i dette verktøyet. Dette skal tilbys fremover. Utover disse kartleggingsverktøyene er det 13 kommuner som benytter andre kartleggingsverktøy enn de som ble nevnt i rapporteringsskjemaet. Hvilke dette er fremkommer av figur 6.5.

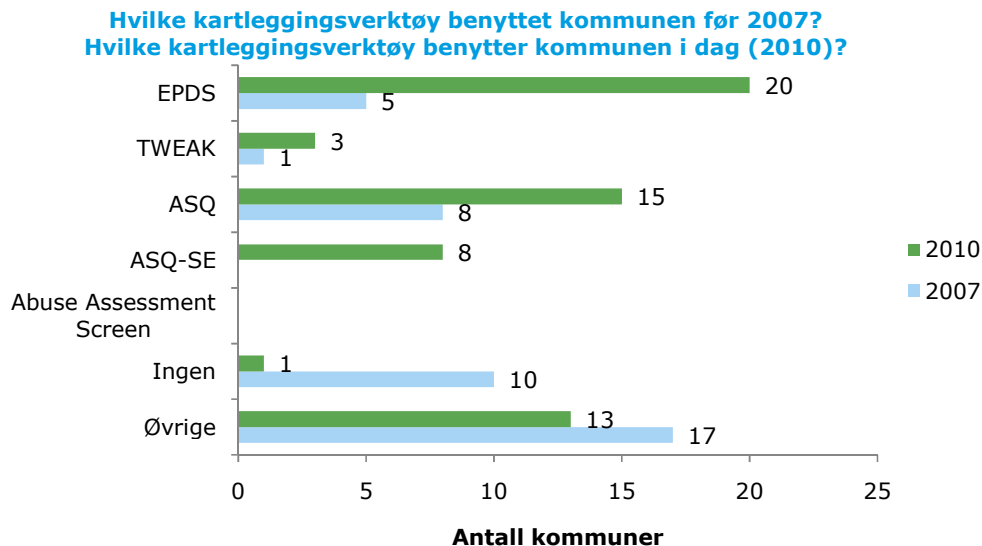
Figur 6.5 – Kartleggingsverktøy i 2010, øvrige

Som figuren viser er det 9 kommuner som benytter Tidlig innsats, 7 som benytter TRAS og 5 som benytter Alle med. Videre benytter 3 kommuner henholdsvis PSI, CBCL og Språk 4, mens 2

kommuner benytter Firfotingen. Utover dette er det 12 kartleggingsverktøy som benyttes av en kommune.

I figur 6.6 fremstilles kommunenes bruk av kartleggingsverktøy i 2007 og i 2010 samlet. Dette viser utviklingen i bruk av kartleggingsverktøyene.

Figur 6.6 – Utvikling i bruk av kartleggingsverktøy



Som figur 6.6 viser, har antallet kommuner som ikke bruker noen kartleggingsverktøy gått ned fra 10 i 2007 til 1 i 2010. Bruken av EPDS har utviklet seg til å bli mest utbredt blant kommunene, og benyttes av 20 kommuner i 2010, mot 5 kommuner i 2007. Det kartleggingsverktøyet som brukes av nest flest kommuner er ASQ, som brukes av 15 kommuner i 2010 mot 8 i 2007. I 2010 er det videre 8 kommuner som bruker ASQ. Dette ble ikke brukt av noen kommuner i 2007. TWEAK har også hatt en økning i bruk, og brukes nå av 3 kommuner mot 1 i 2007. Det har imidlertid ikke vært noen økning i bruken av Abuse Assessment Screen. Dette verktøyet benyttes ikke av noen kommuner, og ble heller ikke benyttet i 2007. Dette er naturlig fordi ingen kommuner har fått opplæring i dette enda. I tillegg til de nevnte verktøyene har det vært en økning i antall kommuner som bruker andre verktøy. Dette gjelder 17 kommuner i 2010, mot 13 i 2007.

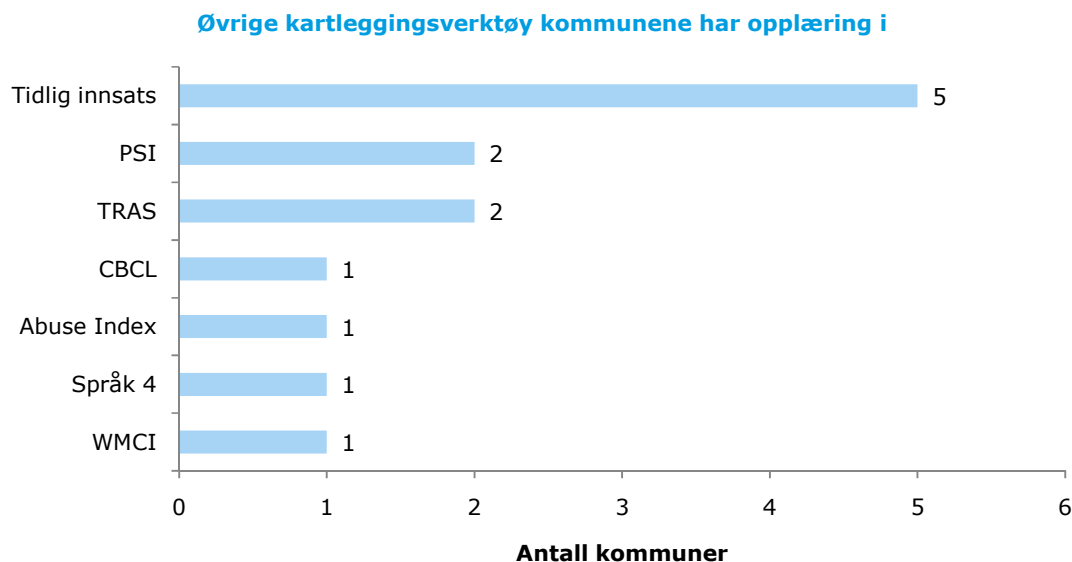
I figur 6.7 fremkommer det hvilke kartleggingsverktøy kommunene har opplæring i.

Figur 6.7 – Opplæring i kartleggingsverktøy



Som figur 6.7 viser, er det kun 1 kommune som ikke har opplæring i å bruke noen kartleggingsverktøy. EPDS er det kartleggingsverktøyet som flest kommuner har opplæring i. 20 kommuner har opplæring i dette verktøyet. Dette er også det kartleggingsverktøyet som benyttes i flest kommuner. Videre har 12 kommuner opplæring i ASQ, 8 har opplæring i TWEAK, 6 har opplæring i ASQ-SE, mens 1 kommune har opplæring i AAS. Utover de nevnte kartleggingsverktøyene har 13 kommuner opplæring i bruk av andre kartleggingsverktøy. Hvilke dette er fremkommer av figur 6.8.

Figur 6.8 – Opplæring i kartleggingsverktøy, øvrige



Som vi kan lese av figuren, er det 5 kommuner som har opplæring i Tidlig innsats, 2 i PSI, 2 i TRAS, og 1 i CBCL, Abuse Index, Språk 4 og WMCI.

6.3 Implementering av kartleggingsverktøy

Gjennom rapporteringen fremkom det også at 13 kommuner har utarbeidet plan for implementering av verktøyene det er gitt opplæring i. Videre oppgir 22 av 26 kommuner (ca 85 %) at de har implementert bruk av kartleggingsverktøy i aktuelle tjenester. Kommunene har oppgitt hvilke kartleggingsverktøy som benyttes av hvilke tjenester.

Når det gjelder EPDS benyttes dette ved helsestasjon, av helsesøster i forbindelse med 6 ukers kontroll og av jordmor på svangerskapskontroll.

I kommunene som bruker TWEAK brukes dette også ved helsestasjonen i forbindelse med svangerskapskontroll.

I kommuner som bruker ASQ brukes dette ved helsestasjon, ved toårskontroll og fireårskontroll, samt av barnehager og psykologtjenesten.

I kommuner som bruker ASQ-SE brukes dette i barnehager og av psykologtjenesten.

Når det gjelder bruk av øvrige verktøy brukes PSI, Språk4, Earl/PMTO ved helsestasjon, TRAS i barnehager, Earl/PMTO og ASEBA/CBCL av PPT, MADRS av fastleger.

18 av kommunene, (ca 70 %) har etablert veiledningstjeneste knyttet til bruk av kartleggingsverktøy, og det å sikre nødvendig oppfølging av barn og familier. Disse kommunene har ulike veiledningstilbud avhengig av hvilke verktøy som brukes og hvilke instanser som bruker dem. Et fellestrekk er at de tjenesteyterne som benytter ulike kartleggingsverktøy får veiledning i disse. Veiledningen gis i mange kommuner av instanser i spesialisthelsetjenesten (som DPS eller BUP), eller en person i kommunen med kompetanse, som eksempelvis kommunepsykolog. Omfanget av dette varierer, men dette foregår to ganger i måneden i flere kommuner.

Flere kommuner trakk også frem at de har erfaringsseminar to til tre dager i halvåret.

6.4 Oppsummering

I dette avsnittet oppsummeres de viktigste punktene fra spørsmålene om kartlegging av målgruppen:

- 14 kommuner har utarbeidet et system for registrering av antall barn innenfor målgruppa i de ulike tjenestene.
- Hvor mange barn kommunene har arbeidet med i 2010 har vært utfordrende å oppgi. De fleste har oppgitt mellom 20 og 50 barn, men enkelte kommuner har arbeidet med opptil 250 barn. Dette har også sammenheng med antall barn under 6 år i kommunen.
- Flere oppga at de bruker kartleggingsverktøy som EPDS, TWEAK og ASQ til å registrere målgruppen.
- Alle kommuner med unntak av 1 benytter et eller flere kartleggingsverktøy.
- Det kartleggingsverktøyet som benyttes av flest kommuner er EPDS.
- Siden 2007 har det vært en økning i bruk av kartleggingsverktøyene EPDS, ASQ, ASQ-SE og TWEAK.
- Alle kommunene med unntak av en har opplæring i bruk av ett eller flere kartleggingsverktøy. EPDS er det kartleggingsverktøyet som flest kommuner har opplæring i.
- 13 kommuner har utarbeidet plan for implementering av verktøyene det er gitt opplæring i.
- 22 kommuner har implementert bruk av kartleggingsverktøy i aktuelle tjenester.
- 18 kommuner har etablert veiledningstjeneste knyttet til bruk av kartleggingsverktøy, og for å sikre nødvendig oppfølging av barn og familier.

7. TILTAK

I dette kapittelet gjengis kommunenes rapporteringer som omhandler tiltak rettet mot målgruppen. Vi ser nærmere på hvilke type tiltak kommunene har i sitt arbeid med målgruppen, hvilke tilbud kommunene anser som de viktigste, samt hvilke instanser som er involvert i arbeidet med målgruppen.

7.1 Tiltak og tilbud rettet mot målgruppen

Rapporteringene viser at 14 av kommunene (ca 55 %) har utarbeidet plan for tiltaksutvikling rettet mot målgruppa. 25 kommuner har tiltak og tilbud for oppfølging av barn/familier i målgruppen. Det er stor variasjon mellom modellkommunene i hvilke tiltak de har valgt å vektlegge. Det kommer ikke alltid frem av rapporteringen hvilke tiltak som har vært en del av kommunens ordinære tjenestetilbud før prosjektstart, og hvilke som er initiert og startet som en direkte konsekvens av deres deltakelse i modellkommuneforsøket. Dette er derfor heller ikke spesifisert her. Vi har heller ikke vektlagt selve organiseringen vedrørende hvilke tjenesteytere som gjennomfører de ulike tiltakene i kommune, da dette ikke alltid er spesifisert. Det har også blitt rapportert på ulik måte når det gjelder hvilke tiltak en definerer innenfor prosjektrammene. Noen definerer tiltak utelukkende som tiltak og tjenester direkte rettet mot målgruppen – dvs. barn i alderen 0-6 år med foreldre med psykiske vansker og/eller rusproblemer og deres foreldre, inkludert gravide. Andre inkluderer generelle tiltak for alle gravide/småbarnsforeldre i kommunen. Et fellestrekk er at mange kommuner tilbyr ulike former for samtaler eller veiledning enten med foreldre, barn eller begge. Disse gjennomføres av ulike personer i tjenesteapparatet.

Tiltakene som ble trukket frem presenteres i tabell 7.1. Da noen kommuner har vært mer nøkterne enn andre med hva de definerer/oppgir som tiltak, kan vi anslå at noen av tiltakene blir tilbudt i flere kommuner enn det som kommer frem av tabellen.

Tabell 7.1 – Tiltak og tilbud for oppfølging av barn/familier i målgruppen

Type tiltak	Antall
PMTO rådgivning/veiledning/terapi, både individuelt og i grupper	3
Støttesamtaler fra helsesøster/jordmor/kommunepsykolog	8
ICDP veiledere direkte eller til grupper	1
Oppfølging fra barneverntjenesten/oppfølgingstjenesten for psykisk helse og rus	6
Marte Meo	4
Webster Stratton	2
Familiesamtaler/Foreldreveiledning	6
Åpen barnehage	3
Koordinator for barn som pårørende	1
Kommunepsykolog for gravide, sped- og småbarn	1
Avlastning/besøkshjem	3
Ansvarsgrupper	2
Psykososialt team i Barnehager	1
Ulike konsultasjonsteam /tverrfaglige team	4
Familiesenter	2
Aktivitetsskvelld for foreldre og barn	1
Bruk av hjemmekonsulent(tiltak fra barnevernet)	1
Oftere hjemmebesøk av helsesøster/hyppigere kontaktpunkt med helsesøster	1
Nettverks- og forebyggende tiltak "Frisk i vann" og "Frisk i friluft, barn"	1
Rusfri start	1
Trygg start	1
Home start	1
Gro-teamet/TIGRIS	1
Økonomisk dekning av barnehageplass	1

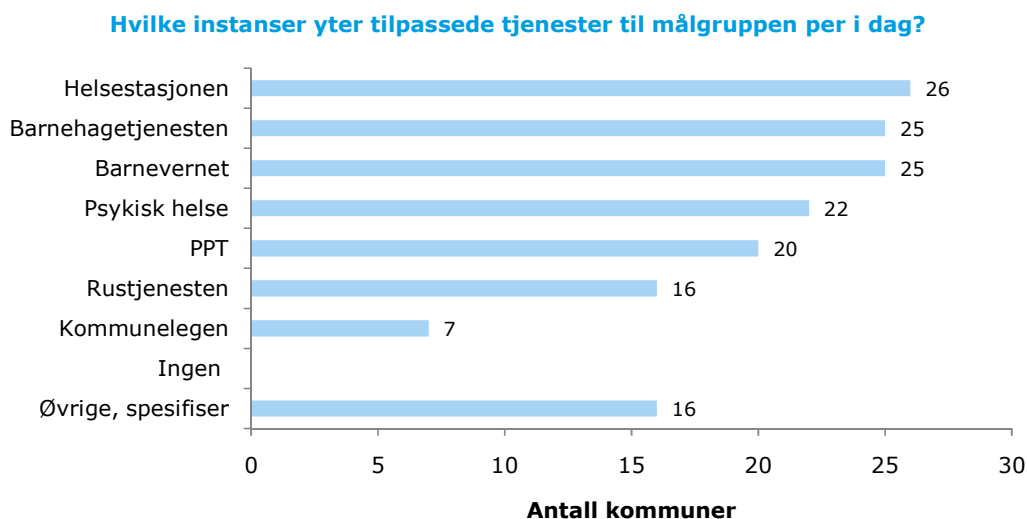
I tillegg til at kommunene skulle oppgi hvilke tiltak og tilbud de har til målgruppen, ble de bedt om å oppgi hvilke tiltak de anser som kommunens viktigste i arbeidet med målgruppen. Alle kommunene har ulike beskrivelser av deres viktigste tiltak. Noen kommuner har nevnt flere tiltak, mens andre har trukket frem ett som de vurderer som det viktigste. Tiltak som ble nevnt av flere kommuner er:

- Bruk av ansvarsgrupper for å gi tilpassede tiltak
- Kartlegging av gravide – økt kompetanse i å avdekke og opplæring i bruk av kartleggingsverktøy
- Utarbeidelse av handlingsplan for arbeidet med målgruppen
- Økt oppfølging av målgruppen i mange tjenester – barnevern, PPT, Barne- og familiesenter, helsesøster, jordmor, barnehage
- Tverretattlig samhandling
- God psykisk helsetjeneste
- Oppfølging av barn/familier individuelt og i grupper - samtaler
- Fokus på forebygging – i barnehager

7.2 Instanser som yter tilpassede tjenester

I figur 7.1 skal vi se nærmere på hvilke instanser som yter tilpassede tjenester til målgruppen i kommunene.

Figur 7.1 – Instanser som yter tilpassede tjenester til målgruppen



Figur 7.1 viser at det i alle kommuner er noen instanser som yter tilpassede tjenester til målgruppen. Det fremkommer av figuren at helsestasjonen yter tilpassede tjenester til målgruppen i samtlige 26 kommuner. Både barnehagetjenesten og barnevernet yter tilpassede tjenester til målgruppen i 25 kommuner. Psykisk helse og PPT yter tjenester i henholdsvis 22 og 20 kommuner. Rusttjenesten yter tjenester i 16 kommuner, mens kommunelegen yter tjenester i 7 kommuner. Utover dette er øvrige tjenester involvert i 16 av kommunene. Dette er i stor grad ulike instanser i ulike kommuner:

- Tverrfaglig kompetanseteam (3)
- Bufetat (2)
- Alternativ til vold (ATV)
- Svangerskapspoliklinikk, RHF
- BUP
- "Barnas stasjon"
- Familiesenter
- Kommunepsykolog
- "Tirsdagstreffet"
- Spesialpedagogisk team
- Fysioterapitjenesten
- Flyktningtjenesten
- Fastlegene

Det er små systematiske forskjeller mellom kommuner med ulik størrelse. Instansene psykisk helse og rusttjeneste er kun involvert i en av de tre små kommunene. Også i mellomstore kommuner er rusttjenesten involvert i en mindre andel av kommunene sammenlignet med store kommuner. Utover dette er det ingen systematiske forskjeller.

7.3 Oppsummering

I dette avsnittet oppsummeres de viktigste punktene fra spørsmålene om tiltak:

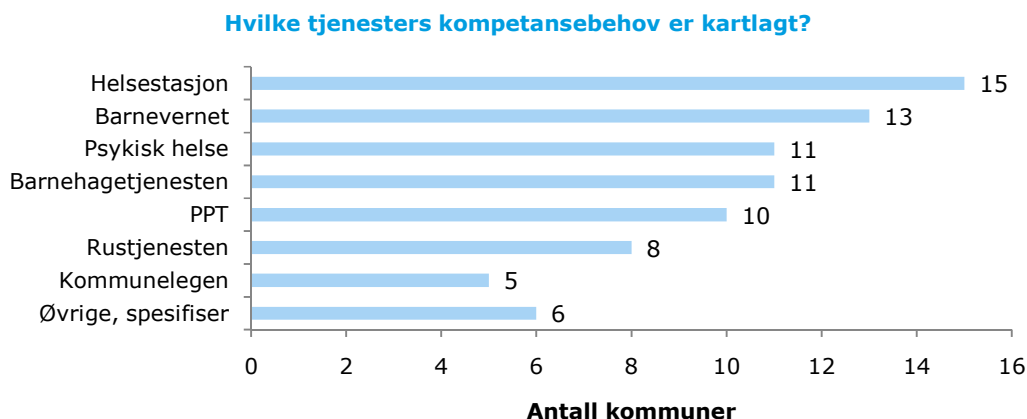
- 14 kommuner har utarbeidet plan for tiltaksutvikling rettet mot målgruppa.
- 25 kommuner har tiltak og tilbud for oppfølging av barn/familier i målgruppen.
- Tiltakene varierer i stor grad mellom kommunene. Et fellestrekk er at mange kommuner tilbyr ulike former for samtaler eller veiledning enten med foreldre, barn eller begge.
- Kommunene trekker frem ulike tiltak som kommunens viktigste i arbeidet med målgruppen. Blant tiltak som nevnes av flere kommuner er kartlegging av gravide, økt oppfølging av barn og foreldre i flere kommunale tjenester, oppfølging/samtaler og tverretattlig samarbeid
- De tjenestene som i flest kommuner yter tilpassede tjenester til målgruppen er helsestasjonen, barnehageetaten og barnevernet.

8. KOMPETANSE

I dette kapitlet gjengis kommunenes rapporteringer som omhandler kompetanse i arbeidet med målgruppen, herunder kartlegging av ulike tjenesters kartleggingsbehov og hvilke typer kompetanse det er behov for.

Rapporteringene viser at 15 kommuner (ca 58 %) har kartlagt den enkelte tjenestes kompetansebehov. Av figur 8.1 fremkommer det hvilke tjenesters kompetansebehov som er kartlagt i disse 15 kommunene.

Figur 8.1 – Kartlegging av kompetansebehov



Figur 8.1 viser at helsestasjonen er den tjenesten hvor flest kommuner har kartlagt kompetansebehov. Dette gjelder samtlige 15 kommuner. Videre har 13 kommuner kartlagt kompetansebehov i barnevernet og 11 kommuner har kartlagt behovet i henholdsvis psykisk helsetjeneste og barnehagetjenesten. Videre har 10 kommuner kartlagt kompetansebehovet i PPT, 8 har kartlagt rustjenestens kompetansebehov, mens 5 har kartlagt kommunelegens kompetansebehov. Utover dette har 6 kommuner kartlagt kompetansebehovet i øvrige tjenester. Dette gjelder i stor grad ulike tjenester i de ulike kommunene, og er tverrfaglig barne/familieteam, familiesenter, fysioterapi- og ergoterapitjeneste, skole og NAV.

Sammenligner vi med hvilke instanser som yter tilpassede tjenester til målgruppen, som vi så nærmere på i kapittel 7, ser vi at det er en sammenheng mellom hvilke tjenester som arbeider med målgruppen og hvilke tjenester som har fått kartlagt sitt kompetansebehov. Eksempelvis er helsestasjonen den tjenesten som i flest kommuner yter tilpassede tjenester, og også den tjenesten hvis flest kommuner har kartlagt kompetansebehov.

Rapporteringen viser også at det er svært varierende kompetansebehov i de ulike kommunene. Dette henger sannsynligvis også sammen med hvilke tjenesters kompetansebehov som er kartlagt, ut ifra hvilke typer tjenester de yter til målgruppen. Noen fremtredende kompetansebehov er:

- Innføring i kartleggingsverktøy
- Avdekke målgruppen og gi riktige tiltak
- Den vanskelige samtalen
- Kunnskap om tilknytning

Rapporteringen viser også at 8 kommuner (ca 30 %) har utarbeidet opplærings- og kompetanseutviklingsplan for kommunens arbeid med målgruppen.

8.1 Oppsummering

I dette avsnittet oppsummeres de viktigste punktene fra spørsmålene om kompetanse:

- 15 kommuner har kartlagt den enkelte tjenestes kompetansebehov.
- De tjenestene som flest kommuner har kartlagt kompetansebehovet i er helsestasjonen og barnevernet.
- Det er svært varierende kompetansebehov blant kommunene.
 - Noen fremtredende kompetansebehov er innføring i kartleggingsverktøy, avdekke målgruppen og gi riktige tiltak, den vanskelige samtalen og kunnskap om tilknytning

9. AVSLUTNING

Rapporteringskjemaet inneholdt seks avsluttende spørsmål hvor kommunene kunne gi sine kommentarer. Dette omhandler fokusområder, utviklingsområder og utfordringer som kommunene har opplevd i 2010. Videre omhandler det hva kommunene anser som positive effekter ved å være en modellkommune. Avslutningsvis gjengis kommunenes behov for bistand fra Bufetat og ønsker for fremtidige fokusområder i modellkommuneforsøket.

9.1 Fokusområder i 2010

Noen fokusområder som nevnes av flere kommuner er:

- Kartlegging av målgruppen
- Tiltaksutvikling
- Utarbeide/videreutvikle gode rutiner
- Politisk og administrativ forankring av satsningen
- Sammenhengende tiltakskjede/tverrfaglig samhandling
- Kompetanseheving
- Forebygging/tidlig intervensjon

9.2 Utviklingsområder i 2010

Noen utviklingsområder i 2010 som nevnes av flere kommuner er:

- Hvordan psykisk helse, rus og vold påvirker barn
- Kompetanseheving
- Forankring av prosjektet
- Endringer i organiseringen av prosjektet
- Opplæring i kartlegging
- Implementering av EPDS
- Utvikling av tiltakskjeden
- Samhandling internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten

9.3 Utfordringer i 2010

Noen utfordringer i 2010 som nevnes av flere kommuner er:

- Samarbeid mellom kommunale tjenester
- Gjøre modellkommuneforsøket kjent på alle nivå i kommunen
- Få oversikt over målgruppen og tiltak
- Gjennomføre kompetanseheving
- Ressurser/økonomi
- Tid til å arbeide med prosjektet
- Innføring av EPDS
- Deltakelse fra alle i arbeidsgruppen
- Engasjement/involvering av alle involverte over tid
- Mangel på jordmortjeneste

9.4 Positive effekter

Det ble nevnt mange positive effekter ved å være en del av modellkommuneforsøket. Sentrale punkter som nevnes av flere kommuner er:

- Økt fokus og prioritering av målgruppen
- Bedre kommunal samhandling om målgruppen
- Økt kompetanse i kommunen om målgruppen
- Bevisstgjøring av betydningen av tidlig innsats
- Gode forelesninger/kurs – tilgang på forskning
- Erfaringsutveksling med andre kommuner
- Bedre arbeidsmetoder og verktøy (eks EPDS)
- Utvikling av rutiner og systemer i arbeid med målgruppen

9.5 Bistandsbehov

Det kom frem ulike behov for bistand i kommunene:

- Effektive tiltak
- Anbefalinger om konkrete verktøy og metoder
- Råd/veiledning og tilbakemeldinger fra regionkoordinator
- Gode modeller for samordning av tjenester
- Økt økonomisk bistand
- Fortsatt ønske om faglig påfyll på konferanser/forelesninger/kurs
- Mer kunnskapsdeling mellom kommuner, eksempelvis etablere nettside
- Systematisere samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste
- Prioritere videre fokusområder i prosjektet

9.6 Ønskede fokusområder

Kommunene ønsker at Bufetat skal fokusere på følgende i 2011:

- Opplæring i (flere) kartleggingsverktøy
- Kompetanseheving om småbarns utvikling
- Implementering av forebyggende tiltak i barnehage
- Opplæring i kunnskapsbaserte tiltak
- Samarbeidsrutiner med samarbeidspartnere
- Formidle forskning innen feltet
- Erfaringsdeling mellom modellkommuner - modellutvikling
- Evaluere og avklare veien videre for "Opplæringspakken" og metodebok
- Fortsette med regionale og nasjonale samlinger

9.7 Oppsummering

I dette avsnittet ser vi disse områdene i sammenheng med kommunenes rapporteringer for 2010. Ser vi på fokusområder, har modellkommunene i hovedsak fokusert på å kartlegge målgruppen og utvikle tiltak til målgruppen. Når det gjelder kartlegging av målgruppen ser vi at alle kommuner med unntak av en benytter kartleggingsverktøy. Flere av kommunene benytter også flere kartleggingsverktøy. Vi ser videre at bruken av kartleggingsverktøy har økt fra 2007 til 2010, noe som gir indikasjoner på at kommunene har hatt fokus på dette. Alle kommunene med unntak av en har også ansatte som har opplæring i bruk av ulike kartleggingsverktøy. Opplæring i kartleggingsverktøy er likevel et av de områdene som kommunene ønsker fokus på fra Bufetats side i 2011.

Tiltaksutvikling er også et område som flere kommuner har hatt fokus på i 2010. Rapporteringene viser at alle kommunene med unntak av en har utviklet tilbud og tiltak til

målgruppen. Tiltakene er svært varierte, men et fellestrekk er at mange kommuner tilbyr ulike former for samtaler eller veiledning. Kunnskap om og opplæring i kunnskapsbaserte tiltak er likevel noe kommunene ønsker bistand til fra Bufetat og videre fokus på i 2011.

Også når det gjelder samarbeid har kommunene hatt fokus på å utarbeide rutiner for arbeidet med målgruppen og det å tilby helhetlige tjenester. Størstedelen av kommunene har i sine rapporteringer vurdert samarbeidet i kommunen som godt. Bedre samhandling trekkes også frem som en av de positive effektene ved å være med i modellkommuneforsøket. Når det gjelder samarbeid med spesialisthelsetjenesten oppgir enkelte kommuner behov for bistand til å systematisere dette, og at dette skal være et prioritert område fremover. I rapporteringene vurderer de fleste kommunene samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som godt, men det er også en relativt stor andel som gir dårligere vurderinger av samarbeidet.

Kompetanseheving er et område som flere kommuner ønsker bistand til og fokus på fremover. Flere kommuner trakk frem at økt kompetanse er en av de positive effektene av å være med i modellkommuneforsøket. Det er fremdeles flere områder kommunene ønsker økt kompetanse på også i fremtiden. De regionale og nasjonale kursene og konferansene er gode arenaer for dette, og kommunene gir gode tilbakemeldinger på disse og ønsker å videreføre dem. Her er kommunene interesserte i formidling av forskning, kunnskapsbaserte tiltak og erfaringsdeling mellom kommunene for å kunne utvikle sitt arbeid med målgruppen.

10. SAMMENSTILLING AV RAPPORTERINGER FOR 2008, 2009 OG 2010

I dette kapittelet ses rapporteringene for 2010 i sammenheng med rapporteringene for 2008 og 2009. Hensikten med dette er å følge med på utviklingen i modellkommunenes innsats. Ettersom det ble gjort endringer i rapporteringsskjemaet i 2010, er det ikke mulig å gjøre direkte sammenligninger på alle temaene. Sammenstillingen er bygget opp etter samme struktur som rapporten, etter temaene organisering, forankring, samarbeid, kartlegging av målgruppen, tiltak og kompetanse.

10.1 Organisering

Det har vært lite endringer i organiseringen fra 2009 til 2010. Begge år har de aller fleste kommunene etablert både styringsgruppe og prosjekt-/arbeidsgruppe. I 2010 er Nordreisa eneste kommune som ikke har noen styringsgruppe. Denne kommunen har prosjekt-/arbeidsgruppe.

Når det gjelder styringsgruppen kunne vi i 2008 konkludere med at de vanligste deltakerne i styringsgruppen er representanter fra rådmannsnivå for relevante enheter, og/eller ledere fra deltakende instanser som helsestasjon, barnevern og barnehager. Dette ser fortsatt ut til å gjelde i 2010. Prosjektgruppene består som oftest av ledere og ansatte i tjenester som er involvert i arbeidet med målgruppen, som eksempelvis helsestasjon, barneverntjeneste, barnehagetjeneste. Rapporteringene for 2010 tyder på at flere kommuner har gjort endringer i sammensetningen av styringsgruppen og/eller prosjekt-/arbeidsgruppen. Dette gjelder totalt 9 kommuner.

Andre endringer i organisering dreier seg om endringer i ansvarsfordeling, skifte av prosjektleder og endringer i møtevirksomhet.

10.2 Forankring

Forankring av modellkommuneforsøket ble ikke direkte undersøkt i 2008 og 2009, og det finnes derfor ikke direkte sammenlignbar informasjon for disse årene. Rapporteringene synliggjør likevel at forankring av modellkommuneforsøket hadde prioritet i mange kommuner i 2009. Blant annet tok enkelte kommuner tak i utfordringene knyttet til forankring i kommuneledelse gjennom at styringsgruppa har arbeidet aktivt med informasjon til administrativ og politisk ledelse i kommunen. Andre kommuner hadde fokus på organisering, og brukte noe lengre tid i oppstart- og etableringsfasen for å sikre en hensiktsmessig organisering av prosjektet.

Rapporteringene for 2010 synliggjør at kommunene generelt vurdert at forankringen av modellkommuneforsøket er god eller svært god blant de undersøkte instansene kommunal og administrativ ledelse, barnevern, helsestasjon og PPT, samt øvrige instanser. Rapporteringene viser også at planer tilknyttet modellkommuneforsøket blir politisk behandlet i 16 av kommunene. I 23 av kommunene blir politisk ledelse årlig informert om status for modellkommuneforsøket. Samlet tyder dette på at det arbeidet kommunene har lagt ned for å få modellkommuneforsøket forankret har gitt resultater. Likevel trekkes forankring frem som en utfordring i 2010 i enkelte kommuner.

10.3 Samarbeid

I rapporteringene for 2010 ble kommunenes vurderinger av tverretattlig samarbeid internt i kommunen, samarbeid med spesialisthelsetjenesten og samarbeid med Bufetat undersøkt. Det finnes ikke direkte sammenlignbar informasjon for 2008 og 2009.

Samarbeid mellom ulike etater i kommunen vedrørende målgruppen er en av målsetningene med modellkommuneforsøket. Et stort flertall av kommunene vurderer det tverretattlige samarbeidet som godt i 2010. Samarbeid internt i kommunen trekkes av flere kommuner frem som en positiv effekt av å være med i modellkommuneforsøket, og som et prioritert utviklingsområde. Dette tyder på at det har vært en positiv utvikling i det tverretattlige samarbeidet i kommunene. I 2008 trekkes samarbeid mellom ulike instanser i kommunen frem som en utfordring. Det er færre kommuner som trekker dette frem som utfordrende i 2010, noe som tyder på at samarbeidet i

mange kommuner har funnet sin form og at det oppleves som mindre utfordrende i 2010 sammenlignet med tidligere år.

Når det gjelder samarbeid med spesialisthelsetjenesten, har samtlige kommuner i 2010 formalisert samarbeid med en eller flere deler av spesialisthelsetjenesten. Det finnes ikke direkte sammenlignbar informasjon fra 2008 og 2009, men rapporteringene tyder likevel på at det har vært en stor utvikling på dette området, hvor langt flere kommuner har formalisert samarbeid med spesialisthelsetjenesten i 2010 enn tidligere år.

Samarbeid med Bufetat ble ikke undersøkt på samme måte i 2008 og 2009 som i 2010. Dette gjør at det ikke finnes direkte sammenlignbar informasjon. Rapporteringene fra 2009 viste imidlertid at de fleste kommunene oppga at de har godt samarbeid med regional koordinator fra Bufetat. I 2010 vurderte de fleste kommunene samarbeidet med Bufetat som godt eller svært godt. De trakk særlig fram samarbeidet med regional koordinator, men samarbeid med fagteam ble også trukket frem av flere kommuner.

I 2009 etterlyste 4 kommuner sterkere deltakelse fra Bufetat. Dette ble kun nevnt av 1 kommune i 2010, og kan tyde på at dette har bedret seg.

10.4 Kartlegging av målgruppen

Tidligere års rapporteringer har vist at kommunene har vanskeligheter med å finne gode metoder for å kartlegge og registrere antall barn/familier i kommunen som faller inn under prosjektet. Årsaker til dette er at mange familier er inntatt flere tjenester og tiltak når de rammes av denne type problemer, og at man risikerer en stor grad av dobbelrapportering ved en simpel opptelling av antall besøkende i ulike tiltak. I tillegg får noen personer behandling i den ordinære kommunehelsetjenesten uten å være inntatt spesifikke tiltak, slik at de ikke registreres som en del av målgruppen. Rapporteringene fra 2010 viser at 14 kommuner har utviklet et system for registrering av antall personer i målgruppen kommunen har arbeidet med. En stor andel av kommunene oppga at de fremdeles anser det som utfordrende å registrere antallet personer i målgruppen som kommunen har arbeidet med, av samme grunner som nevnt ovenfor. Det å få oversikt over antall personer i målgruppen trekkes også frem som en utfordring i 2010, noe som tyder på at mange kommuner fremdeles har behov for kunnskap om gode systemer for registrering av målgruppen.

På bakgrunn av rapporteringene fra 2008 kunne det konkluderes med at de færreste kommunene hadde kommet i gang med kartlegging av barn/foreldre i målgruppen, og at de derfor ikke visste hvor mange familier i kommunen som kom inn under prosjektet. I kapittel 6 "Kartlegging av målgruppen" så vi på utviklingen i bruk av kartleggingsverktøy fra 2007 til 2010. Utviklingen viser at alle kommuner med unntak av en bruker ett eller flere kartleggingsverktøy i 2010. I 2007 var det 10 kommuner som ikke brukte noen kartleggingsverktøy. Bruken av EPDS har utviklet seg til å bli mest utbredt blant kommunene, og benyttes av 20 kommuner i 2010, mot 5 kommuner i 2007. Det kartleggingsverktøyet som brukes av nest flest kommuner er ASQ, som brukes av 15 kommuner i 2010 mot 8 i 2007. I 2010 er det videre 8 kommuner som bruker ASQ. Dette ble ikke brukt av noen kommuner i 2007. TWEAK har også hatt en økning i bruk, og brukes nå av 3 kommuner mot 1 i 2007. Det har imidlertid ikke vært noen økning i bruken av Abuse Assessment Screen. Dette verktøyet benyttes ikke av noen kommuner, og ble heller ikke benyttet i 2007. Dette er naturlig fordi ingen kommuner har fått opplæring i dette enda. I tillegg til de nevnte verktøyene har det vært en økning i antall kommuner som bruker andre verktøy. Dette gjelder 17 kommuner i 2010, mot 13 i 2007.

Samlet tyder dette på at det har vært en stor utvikling i bruken av kartleggingsverktøy fra 2007 til 2010, og at dette har vært et prioritert område i de aller fleste kommunene.

10.5 Tiltak

I 2008 konkluderte vi med at de fleste kommunene var i startfasen med å etablere tiltak. Kommunene arbeidet da også med å organisere prosjektet og få det forankret i kommunen. I 2010 ser vi at alle kommuner med unntak av en har egne tiltak og tilbud rettet mot målgruppen. Dette ser vi også ut fra hva kommunene har angitt som fokusområder for 2010, hvor flere trekker frem nettopp tiltaksutvikling.

Det er stor variasjon i tiltakene som finnes i kommunene, og mange tiltak nevnes av kun én kommune. Både i 2008 og 2010 er samtaler eller veiledning, enten individuelt eller i grupper, det tiltaket som flest kommuner tilbyr.

Fra rapporteringene for 2010 ser vi at 14 av kommunene har utarbeidet plan for tiltaksutvikling rettet mot målgruppa. I 2008 og 2009 ble dette omtalt som skriftlige tiltakskjeder, som det var 6 kommuner som var i gang med å utvikle i 2009. Dette tyder på at flere kommuner har kommet i mål med dette arbeidet. Likevel har nesten halvparten av kommunene ikke utarbeidet noen slik plan. Dette kan tyde på at en stor del av kommunene fremdeles ikke har kommet i gang med utvikling av planer for tiltaksutvikling.

I tidligere års rapporteringer fremkom det at kommunene savner kunnskap om hvilke tiltak som regnes som effektive i arbeidet med målgruppen. Dette er fortsatt et behov, og trekkes frem som ett av de ønskede fokusområdene fremover.

10.6 Kompetanse

Rapporteringene for 2010 viste at 15 av de 26 kommunene har kartlagt kompetansebehovet blant ulike tjenester i kommunen. Dette ble ikke undersøkt i tidligere rapporteringer. Likevel finnes det informasjon som tyder på at kartlegging av kompetansebehov har blitt gjennomført av flere kommuner i 2010 sammenlignet med tidligere. To av de mest fremtredende kompetansebehovene som fremkom i rapporteringene for 2010 var innføring i kartleggingsverktøy og kunnskapsbaserte tiltak. Ser vi dette i sammenheng med rapporteringene for 2008 og 2009, ser vi at kommunene også disse årene vektla opplæring i kartleggingsverktøy samt kompetanseheving blant ansatte i barnehager og helsepersonell i arbeidet med målgruppen. Dette tyder på at det er en viss likhet i hvilke type kompetansehevingstiltak kommunene ser behov for.

Når det gjelder gjennomførte kompetansehevingstiltak ble dette undersøkt i 2008 og 2009, men ikke i 2010. Av rapporteringene fra 2009 kunne vi identifisere en stor økning i kompetansehevingstiltak i kommunene siden 2008. Det er sannsynlig at økningen i kompetansehevingstiltak har fortsatt i 2010. Blant annet er kompetanseheving nevnt både som fokusområde og utviklingsområde for 2010, samt som en positiv effekt av å være modellkommune, av flere kommuner. Likevel er det kun 8 kommuner som har utarbeidet en opplærings- og kompetanseutviklingsplan for kommunens arbeid med målgruppen. Rapporteringene fra 2010 tyder også på at det fortsatt er behov for kompetanseheving på spesifikke områder, blant annet nevnes kunnskapsbaserte tiltak, småbarns utvikling og opplæring i flere kartleggingsverktøy.

10.7 Avslutning

Rapporteringene fra 2008, 2009 og 2010 viser at kommunene opplever mange av de samme fordelene ved å være med i modellkommuneforsøket. Felles for de tre årene, er at kommunene trekker frem økt fokus på målgruppen, kompetanseheving som følge av deltakelse på nasjonale og regionale samlinger, bedre tverretattlig samarbeid i kommunen og fokus på tiltaksutvikling. Rapporteringene for 2010 synliggjør at kommunene har kommet lengre i arbeidet med å kartlegge målgruppen, gjennom at flere har tatt i bruk ulike kartleggingsverktøy og arbeidet for å implementere disse. Rapporteringene viser også at kommunene har kommet lengre i å utvikle konkrete tiltak i sitt arbeid med målgruppen.

