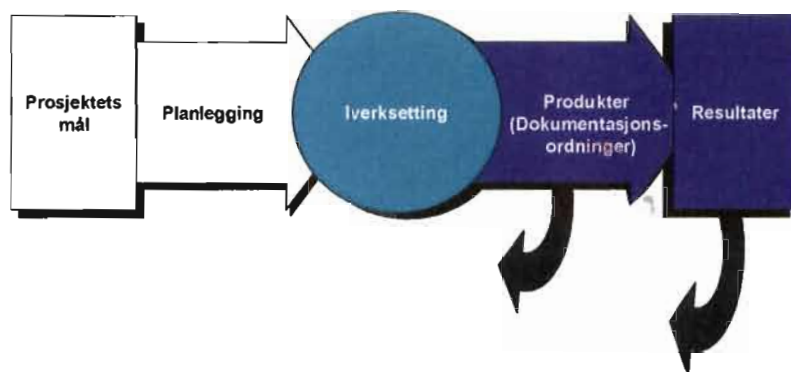


STATENS HELSETILSYN

Evaluering av prosjekt "Støtte til seksuelt misbrukte barn"

SLUTTRAPPORT

Analysemodell



AGENDA

STATENS HELSETILSYN

Evaluering av prosjekt "Støtte til seksuelt misbrukte barn"

SLUTTRAPPORT

AGENDA UTREDNING & UTVIKLING AS
Malmskrivervn 35 • Postboks 542 • 1302 Sandvika
Tlf 67 57 57 00 • Fax 67 57 57 01
Ref: 3444b.is

Agenda Utredning & Utvikling AS

Postboks 542 • 1301 Sandvika • Tlf 67 57 57 00 • Fax 67 57 57 01

Oppdragsgiver: Statens helsetilsyn

Rapportnr.: 3444b

Rapportens tittel: Evaluering av prosjekt "Støtte til seksuelt misbrukte barn". Sluttrapport.

Spesifikasjon: Sluttrapport fra prosjektet med vekt på den endelige resultatoppnåelsen både fra hver helseregion og totalt sett, vurderinger av framtidig organisering, samt anbefalinger for det videre arbeidet

Tidsfrist: 22 januar 2003

iflg Avtale med Helsetilsynet

Ansvarlig: Irene Sørås

Kvalitetssikring: Audun Korsvold

Verifisert:

(dato) (sign)

Forord

Agenda Utredning & Utvikling AS har fått i oppdrag av Helsetilsynet å foreta en evaluering av prosjekt "Støtte til seksuelt misbrukte barn". Evalueringen er foretatt i to runder. Den første evalueringsrunden ble gjennomført i år 2001 og er oppsummert i rapporten *Evaluering av prosjekt "Støtte til seksuelt misbrukte barn". Resultater fra første evalueringsrunde*. Denne siste evalueringsrunden er gjennomført i høsten 2002, og dette utgjør sluttrapporten fra evalueringsarbeidet.

Ansvarlig for evalueringen har vært Irene Sørås, med Audun Korsvold som kvalitetssikrer.

Sandvika, 22. januar 2003

Agenda Utredning & Utvikling AS

INNHold

1	OM PROSJEKT "STØTTE TIL SEKSUELT MISBRUKTE BARN"	9
1.1	Bakgrunnen for prosjektet	9
1.2	Mål og strategi i prosjektet	9
1.3	Organiseringen av prosjektet	11
1.3.1	Organiseringen sentralt	11
1.3.2	Organiseringen regionalt	11
1.4	Omfanget av prosjektet	12
2	MANDAT, ANALYSEMODELL, PROBLEMSTILLINGER OG METODE	13
2.1	Mandatet for evalueringen	13
2.2	Analysemodellen vi har brukt	13
2.3	Presisering av problemstillingene	14
2.3.1	Resultatevaluering	14
2.3.2	Iverksettingen av prosjektet	16
2.4	Metode	16
3	RESULTATER VEDRØRENDE KOMPETANSEOPPBYGGING	18
3.1	Kompetanseutvikling i de fem regionene i 2002: Omfang og innhold	18
3.1.1	Helseregion Øst	18
3.1.2	Helseregion Sør	20
3.1.3	Helseregion Vest	22
3.1.4	Helseregion Midt	23
3.1.5	Helseregion Nord	24
3.2	Er det utviklet undervisningsprogram?	26
3.3	Hvilke faggrupper er nådd?	26
3.4	Er den generelle kompetansen høynet?	28
3.4.1	Opplever fagfolk at undervisningen er nyttig?	29
3.4.2	Opplever fagfolk at de har fått brukt kunnskapen?	29
3.5	Kompetanse på avgrensede områder	30

3.5.1	Kompetanse på avdekking av seksuelle overgrep	30
3.5.2	Kompetanse i utredning, diagnostisering, behandling og støtte til seksuelt misbrukte barn og deres pårørende	31
3.5.3	Er kompetansen i å bruke hjelpeapparatet økt?	32
3.6	Er det utviklet rutiner for håndtering av denne type saker?	32
3.7	NRSBs støtte til oppbyggingen av kompetanse- og nettverksmiljøene i regionene	33
3.8	Behovet for videre faglig utvikling	34
3.9	Våre vurderinger	35
4	ORGANISERINGEN REGIONALT	37
4.1	Beskrivelse av de regionale modellene for organisering	37
4.2	Hvordan har de regionale nettverkene fungert?	38
4.2.1	Mål og forventninger til organiseringen	38
4.2.2	Noen læringspunkter fra regionene	39
4.3	Hva mener nettverksdeltakerne?	42
4.4	Jobbes det mer tverrfaglig og tverretatlig?	43
4.5	Er tverrfagligheten i nettverkene operativ?	43
4.6	Kompetanseoverføring og læring mellom nettverkene?	44
4.7	Hvem kontakter fagfolk generelt?	44
4.8	Hva er gjort for å sikre god gjennomføring regionalt?	45
4.9	Fagfolks oppfatninger av utfordringene framover	46
4.10	Våre vurderinger	47
5	DE FYLKESKOMMUNALE KONSULTASJONSTEAMENE	50
5.1	Status pr 1.1.2003	50
5.2	Arbeidsmåter	53
5.3	Teammedlemmenes egne oppfatninger av nytten av teamene	54
5.4	Fagfolk utenfor teamene og deres oppfatninger av nytten	55
5.5	Våre vurderinger	56

6	VURDERING AV FRAMTIDIG ORGANISERING AV TJENESTENE	57
6.1	Organiseringen på nasjonalt nivå	57
6.1.1	Opprettelsen av Nasjonalt kompetansesenter for vold traumer	57
6.1.2	Bør det være nasjonale funksjoner og eventuelt hvilke?	58
6.1.3	Hvordan organisere de nasjonale funksjonene Nasjonalt kompetansesenter for vold og traumer?	59
6.2	Hvordan bør de regionale funksjoner best organiseres?	60
6.2.1	Hvilke funksjoner og oppgaver er utført regionalt?	60
6.2.2	Erfaringer fra organiseringen regionalt	61
6.3	Våre vurderinger	62
7	KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER	66
7.1	Konklusjoner og anbefalinger	66

Tabelloversikt:

Tabell 3.1 Kompetanseutvikling i Helseregion Øst. 2002.	20
Tabell 3.2 Kompetanseutvikling i Helseregion Sør. 2002.	22
Tabell 3.3 Kompetanseutvikling i Helseregion Vest. 2002.	23
Tabell 3.4 Kompetanseutvikling i Helseregion Midt. 2002.	24
Tabell 3.5 Kompetanseutvikling i Helseregion Nord. 2002.	25
Tabell 3.6 Undervisningsdager og deltakere totalt i hver helseregion. 2002.	26
Tabell 3.7 Oversikt over hvor hvilke instanser og hvor mange deltakere som har vært på kurs i Helseregion Vest. 2002.	28
Tabell 3.8 Fagpersonellets karakterisering av nytten av det de har lært	29
Tabell 3.9 Hvorvidt fagpersonell oppgir at de har brukt det de har lært	30
Tabell 3.10 Kjennskap, tilgang til og bruk av rutiner	33
Tabell 4.1 Hva deltakerne oppgir at nettverkene gjør	42
Tabell 4.2 Fagfolks oppfatning av hvorvidt det er utviklet mer kompetanse på tverretattlig og tverrfaglig jobbing	43
Tabell 4.3 Hvem fagpersonell oppgir at de kontakter ved mistanke	45
Tabell 4.4 Fagfolks opplevelser av eget faglig nettverk.	45
Tabell 5.1 Status for de fylkeskommunale konsultasjonsteamene pr 31.12.2002.	51
Tabell 5.2 Medlemmenes oppfatninger av hva man gjør i konsultasjonsteamene	53
Tabell 5.3 Hva fagfolk har brukt konsultasjonsteamene til	55
Tabell 5.4 Fagfolks oppfatning av nytten av konsultasjonsteamet i eget fylke	55

1

OM PROSJEKT "STØTTE TIL SEKSUELT MISBRUKTE BARN"

1.1 Bakgrunnen for prosjektet

De siste tiår har den offentlige oppmerksomheten på seksuelt misbruk av barn økt, og behovet for oppbygging av kompetanse på utredning, diagnostisering og behandling har vokst tilsvarende.

I 1992 kom St.meld. 53 (1992-93) Om seksuelle overgrep mot barn. I denne ble det foreslått en rekke tiltak, bl.a. å opprette et Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn (NRSB). Senteret startet 1.8.1995 og var i utgangspunktet planlagt som et treårig prosjekt. Oslo kommune har hatt ansvaret for driften. Etter en evaluering av senteret, ble det vedtatt å fortsette ut 1999. Senere ble det vedtatt å fortsette ut 2002, som følge av behovet for en videre satsing innen feltet.

Det er besluttet at et viktig prinsipp for oppbygging og spredning av kompetanse skal være regionalisering. NRSB har derfor fått i oppgave å bistå i oppbyggingen av slik kompetanse regionalt.

For ca 10 år siden ble det også satset på oppbygging av kompetanse innen samme området. Prosjektet den gang¹ gikk over to år i perioden 1990-91. Det ble bevilget midler til fylkeskommunene til å gi undervisning og bygge opp tverrfaglige konsultasjonsteam i hvert fylke.

Som en følge av fornyet fokus på området, vedtok Stortinget i 1999 å styrke området gjennom å iverksette prosjekt "Støtte til seksuelt misbrukte barn". Prosjektet ble startet i 2000, som et treårig prosjekt og som et virkemiddel i Regjeringens mål for barne- og ungdomspolitikken. Statens helsetilsyn fikk i oppdrag å gjennomføre prosjektet. Etter omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen 1. januar 2002 da Sosial- og helsedirektoratet fikk ansvar for utviklingsprosjekter, ble det bestemt at dette prosjektet skulle forsette sin hovedforankring i Helse-tilsynet, men nå på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet.

1.2 Mål og strategi i prosjektet

Prosjektet "Støtte til seksuelt misbrukte barn" har tre hovedmål med tilhørende delmål:

¹ Prosjekt "Oppbygging av tiltak for barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep".

- 1 *Bygge opp kompetansen til å forbedre tilbudet om utredning, diagnostisering, behandling og støtte til seksuelt misbrukte barn og deres pårørende ved*
 - (a) etablering av regionale fagmiljø/-nettverk for samarbeid om rådgivning, veiledning, undervisning og informasjon
 - (b) vurdering av kompetansehevingstiltak mot spesielle faggrupper
 - (c) utvikling av undervisningsprogram og veileder
- 2 *Organisering av tjenesten og det tverrfaglige samarbeidet ved*
 - (a) utprøving av regionale forsøksmodeller for prosjektledelse for å vinne erfaringer med hvordan ulike former for tjenesteansvar bør organiseres
 - (b) oppbygging av et tilstrekkelig tjenestetilbud for undersøkelse og behandling innen barnemedisin og barne- og ungdoms-psykiatri
 - (c) vurdering av behovet for faglig og organisatorisk utvikling av de regionale kompetansemiljøene for fysisk barnemishandling og overgrep
 - (d) videreutvikling av de fylkeskommunale konsultasjonsteamene
 - (e) vurdering av behovet for nasjonale funksjoner
- 3 *Drift av Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn (NRSB), herunder*
 - (a) hvorvidt og hvordan NRSB bidrar til å etablere og støtte oppbyggingen av kompetanse- og nettverksmiljøene i regionene, og hvilke erfaringer som høstes med arbeidet
 - (b) i hvilken grad og hvordan det er utviklet modeller for tverretattlig samarbeid, og hvilke erfaringer som kan knyttes til modellene
 - (c) hvordan NRSB utfører arbeidet med utarbeidelsen av nasjonal veileder
 - (d) hvordan senteret utfører de øvrige oppgavene de er tillagt, herunder informasjonsvirksomhet og samarbeid med andre kompetanse-, fag- og forskningsmiljøer nasjonalt og internasjonalt.

Helsetilsynet har valgt som hovedstrategi å samle fagfolk for å finne ut hvor kompetanse og engasjementet er gjennom å bygge regionale nettverk. Dermed har strategien gått ut på å forsøke å forplikte overordnet nivå og gi legitimitet til arbeidet.

1.3 Organiseringen av prosjektet

1.3.1 Organiseringen sentralt

Styringsgruppen i prosjektet har vært forankret i avdeling for tilsynssaker (tidligere avdeling for spesialisthelsetjenester) ved at avdelingsdirektøren, Jørgen Holmboe, har vært leder av styringsgruppen. Den andre representanten, underdirektør Inger Rytter, kommer fra Sosial- og helsedirektoratet (tidligere fra Avdeling for primærhelsetjenesten i Helsetilsynet).

19. mars 2001 ble det nedsatt en *referansegruppe* der sammensetningen ble valgt ut fra at både ulike fagmiljø og ulike forvaltningsnivå skal være representert. Referansegruppen har hatt 9 medlemmer:

- Helen Christie, Regionsenter for Barne- og ungdomspsykiatri, Helseregion Øst og Sør
- Zoe Øiestad, Rettighetssenteret, Redd Barna
- Sigrid Nordstoga, Høgskolen i Agder
- Aud Stensbakk, Senter mot Incest i Sør- og Nord-Trøndelag
- Jon Ståle Stamnes, KRIPOS, Oslo
- Eirik-Asle Pettersen, Helse- og sosialavdelingen, Time kommune
- Mette Hvalstad, Senter for ungdom, samliv og seksualitet (SUSS)
- Ole Kristian Hjemdal, Kompetansesenter for voldsofferarbeid
- Kristin Aase, Åsebråten barne- og ungdomspsykiatriske klinikk.

Referansegruppen har hatt ca to møter per år.

Nasjonal prosjektkoordinator har vært seniorrådgiver Torgeir Lømo, fra (tidligere) avdeling for spesialisthelsetjenester. 50 % av stillingen har vært avsatt til arbeidet med prosjektkoordinering.

Det har også vært en egen *interdepartemental oppfølgingsgruppe* der både Barne- og familiedepartementet, Justisdepartementet, Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementet og Sosial- og helsedepartementet har vært representert.

1.3.2 Organiseringen regionalt

For å sørge for iverksettingen av prosjektmålene regionalt har det vært engasjert 5 *regionale prosjektledere*, en i hver helseregion. Prosjektlederne har fått finansiert en andel av stillingen. De har selv disponert midlene i den forstand at de har kunnet bruke midler mer eller mindre til finansiering av egen prosjektlederstilling. I praksis har dette betydd at prosjektlederne har fått finansiert 10-100 % av stillingene gjennom prosjektmidler.

1.4 Omfanget av prosjektet

Med hensyn til de økonomiske rammebetingelsene hadde Helsetilsynet i utgangspunkt en vanskelig oppgave ved at målene for prosjektet var svært ambisiøse i forhold til de ressursene prosjektet hadde til rådighet. Det var opprinnelig satt av kr 500 000 til gjennomføring av prosjektet på landsbasis over en treårsperiode. De beskjedne midlene skapte en viss reservasjon i fagmiljøene i forhold til hvor mye man kunne oppnå gjennom prosjektet.

I ettertid har man erfart at Statens helsetilsyn har oppnådd både å skaffe mer midler til de regionale prosjektene ved finansiering av 1/5- ½ prosjektlederstilling i hver Helseregion, samt utviklingsmidler utover dette. I 2001 ble det bevilget kr 2 mill og i 2002 kr 3.3 mill (pluss midler i 2001 og 2002 til NRSB for å drifte prosjektet i Helseregion Øst).

I 2002 ble det vedtatt å forlenge prosjektperioden med ytterligere ett år. I den forbindelse er det gitt signaler om å bevilge ca 2.5 mill kr for 2003, dvs samme nivå som i 2002. Fordelingen har vært slik:

Tabell 1.1 Oversikt over bevilgningene til prosjektet fordelt på region. 2001-02.

	Region Øst	Region Sør	Region Vest	Region Midt	Region Nord
2001	78 000	400 000	471 000	458 000	600 000
2002	²	500 000	402 000	458 000	1 091 397
2003		Ca 500 000	Ca 400 000	Ca 458 000	Ca 1 090 000

² Den nøyaktige bevilgningen til region Øst er vanskelig å anslå fordi beløpet inngikk i bevilgningen til NRSB.

2

MANDAT, ANALYSEMODELL, PROBLEMSTILLINGER OG METODE

2.1 Mandatet for evalueringen

Mandatet for evalueringen er generelt formulert i prosjektbeskrivelsen fra helsetilsynet³ og vårt tilbud. Senere er problemstillingene endret noe, senest etter drøftinger med helsetilsynet høsten 2002. Evalueringen omfatter to hovedkomponenter:

- Vurdering av måloppnåelse i forhold til tiltaksbeskrivelsen
- Oppsummering av prosess og resultater.

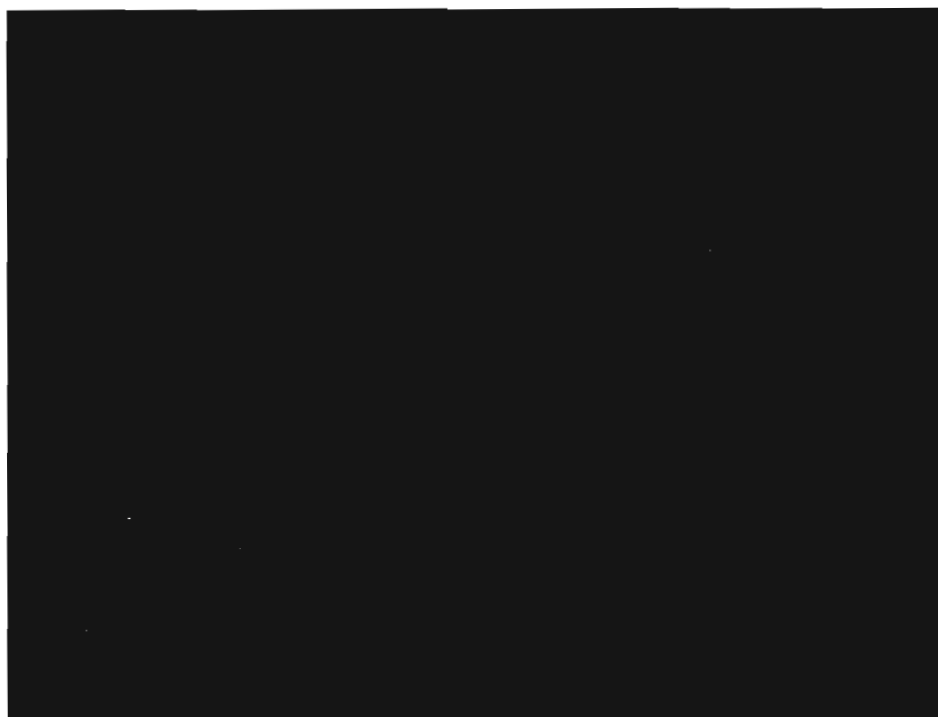
2.2 Analysemodellen vi har brukt

Problemstillingene i evalueringen kan rette seg mot planlegging, iverksetting og/eller resultatene av prosjektet.

- *Planlegging* vil si de aktiviteter som de sentrale og regionale aktørene har foretatt i forkant for å tilrettelegge for en god gjennomføring og en god resultatoppnåelse. Dette omfatter bl.a. valg av virkemidler og valg av organisering av virksomheten.
- *Iverksetting* vil si de aktiviteter og prosesser som utføres underveis for å etablere regionale nettverk og oppnå resultater i henhold til mål og delmål, samt de "grep" som gjøres for å påskynde prosessen eller justere kursen.
- *Resultater* omfatter både "produktene", det vil si f.eks. omfang av tjenestetilbud, undervisningsprogram, kompetansehevingstiltak etc, og "effektene" av dem, dvs. nytten for brukerne.

I den enkle analysemodellen i figur 1 er disse tre kategoriene og deres antatte innbyrdes forhold skissert.

³"Prosjekt: Støtte til seksuelt misbrukte barn. Prosjektutkast august 2000"



I første evalueringsrunde rettet vi oppmerksomheten *mot hvorvidt de virkemidlene som er brukt i planleggingen og iverksettingen av prosjektet synes å være hensiktsmessige for å nå de mål og intensjoner som lå til grunn* (jfr prosjektbeskrivelsen). Dette er beskrevet og evaluert i den første evalueringsrapporten. I denne siste evalueringsrunden retter vi oppmerksomheten hovedsakelig mot de resultater som er oppnådd i prosjektperioden og mot framtidig organisering av fagfeltet. Etter siste drøfting med helsetilsynet omfatter denne siste evalueringsrunden følgende problemstillinger:

2.3 Presisering av problemstillingene

2.3.1 Resultatevaluering

Kompetanseoppbygging

- (a) I hvilken grad er det gjennomført kompetansehevingstiltak mot spesielle faggrupper?
- (b) I hvilken grad er det utviklet undervisningsprogram?
- (c) I hvilken grad er det utviklet mer kompetanse på avdekking av seksuelle overgrep, behandling og kompetanse i å bruke hjelpeapparatet?

- (d) Hvorvidt det er bygget opp kompetanse til å forbedre tilbudet om utredning, diagnostisering, behandling og støtte til seksuelt misbrukte barn og deres pårørende?
- (e) I hvilken grad er det gjennomført kompetanseoppbygging i forhold til 1. og 2. linjen som fører til strukturer som sikrer videreføring?
- (f) Er det utviklet rutiner for håndtering av denne type saker som følge av kompetansehevingen eller veiledning av de regionale sentrene?
- (g) Er det blitt mer tydelig for samarbeidspartnerne hvor de skal henvende seg ved mistanke om overgrep?

Organisering av tjenesten og det tverrfaglige samarbeidet

- (a) Er det etablert tverrfaglige regionale fagmiljø/-nettverk for samarbeid om rådgivning, veiledning, undervisning og informasjon?
- (b) Hvilke erfaringer høstes med utprøving av regionale modeller og organisering av tjenesteansvaret regionalt?
- (c) Er tverrfagligheten operativ ved at de deltar i prosjektgrupper med de som skal være med i undervisningen, rådgivning etc?
- (d) Hvor langt er man kommet mht arbeidsdeling/spesialisering?
- (e) I hvilken grad har det skjedd en kompetanseoverføring og læring nettverkene seg imellom slik at de har støttet opp om hverandres utviklingsbehov, f eks ved at de regionale prosjektlederne har delt ansvar?
- (f) Hvordan bør et tilstrekkelig tjenestetilbud for undersøkelse og behandling innen barnemedisin og barne- og ungdomspsykiatri bygges opp?
- (g) Hva er behovet for faglig og organisatorisk utvikling av regionale kompetansemiljø for fysisk barnemishandling og overgrep?
- (h) Hva er behovet for videre arbeid med modellutvikling?
- (i) I hvilken grad og hvordan bør de fylkeskommunale konsultasjons-teamene videreutvikles?

Drift av Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn (NSRB).

- (a) Hvorvidt og hvordan har NRSB bidratt til å etablere og støtte oppbyggingen av kompetanse- og nettverksmiljøene i regionene, og hvilke erfaringer som høstes med arbeidet?
- (b) Hvordan utfører senteret de øvrige oppgavene de er tillagt, herunder informasjonsvirksomhet og samarbeid med andre kompetanse-, fag- og forskningsmiljøer nasjonalt og internasjonalt?
- (c) Hvordan bør nasjonale funksjoner utvikles?

2.3.2 Iverksettingen av prosjektet

Hvilke framgangsmåter og ”grep” ser ut til å ha fungert særlig hensiktsmessig når det gjelder å oppnå målene for prosjektene regionalt?

2.4 Metode

Vi har basert evalueringen på tre metoder:

Vi har gjennomført *intervjuer* med

- Den nasjonale prosjektkoordinator
- Medlemmene i styringsgruppen
- To av medlemmene i referansegruppen
- De regionale prosjektlederne.

Vi har gjennomført to *spørreundersøkelser*:

- Et utvalg medlemmer i de regionale nettverkene
- Et utvalg fagfolk som har deltatt på kompetanseoppbyggingstiltak i regi av nettverkene.

I spørreundersøkelsen til de regionale nettverksdeltakerne besto utvalget av 25 av de opprinnelige 68 deltakerne. Vi tok utgangspunkt i oversikten over deltakere slik de var pr 2000-2001 og sendte spørreskjemaet til fem i hver Helseregion. Vi fikk inn svar fra 15 medlemmer, noe som gir en svarprosent på 60%. Vi oppdaget ved denne framgangsmåten at noen av de oppførte medlemmene ikke har vært aktivt med i nettverkene.

I spørreundersøkelsen til personell som har deltatt på ulike kompetanseutviklingstiltak, sendte vi ut spørreskjema til et tilfeldig utvalg på 110 personer. På grunn av at vi fikk listene fra Helseregion Midt såpass sent som rundt 1. desember, har vi ikke kunnet sende ut spørreskjema til deltakerne i denne regionen. Av de 110 som fikk spørreskjema, var det 41 som svarte, og dermed ble svarprosenten kun 37%.

En såpass lav svarprosent er ganske vanlig i spørreundersøkelser, spesielt når undersøkelsen kun gjelder et kurs vedkommende har vært med på. Resultatene bør følgelig tolkes med forsiktighet. Resultatene for gruppen totalt sett vil imidlertid være mer pålitelig enn om vi forsøker å bruke materialet til å finne eventuelle forskjeller mellom regionene.

Vi har også foretatt *dokumentgjennomgang* av bl a

- dokumenter fra helsetilsynet til prosjektene
 - dokumenter fra prosjektene (prosjektplaner, referater fra møter i prosjektgruppene, årsrapporter, presentasjoner med mer) og
 - kopier av e-post mellom aktørene
-

I tillegg til disse to metodene har vi vært *deltakende observatører* på samlinger mellom helsetilsynet og de regionale aktørene.

3

RESULTATER VEDRØRENDE KOMPETANSEOPPBYGGING

Kompetanseoppbyggingen i prosjektet har skjedd på mange områder og gjennom ulike tilnærmingsmåter. I denne evalueringen ser vi på følgende:

- Om og i hvilken grad det er gjennomført tiltak for kompetanseheving
- Hvilke faggrupper som er nådd
- Om det er utviklet undervisningsprogram/-opplegg
- Om disse tiltakene eventuelt har ført til kompetanseheving på utpekte områder
- Om tiltakene for kompetanseheving oppleves som nyttige for fagfolk
- Om fagpersonell i større grad vet hvordan de skal håndtere en SO-sak eller mistanke

3.1 Kompetanseutvikling i de fem regionene i 2002: Omfang og innhold

I alle de fem helseregionene er det planlagt, utviklet og gjennomført undervisningstiltak i 2001 og 2002. Tilnærmingen har imidlertid vært ganske forskjellige:

3.1.1 Helseregion Øst

I *Helseregion Øst* er det gjennomført en god del kompetanseutvikling i 2002, og oppleggene for kompetanseutvikling har hatt ulike former.

Det pedagogiske perspektivet i en del av tiltakene har vært at undervisning ikke er en tilstrekkelig metode for å opprettholde kompetanse, men at "et kurs som går over flere samlinger med en fast gruppe, og hvor det er tid og rom for refleksjon, samt at deltakerne er viktige bidragsyttere i prosessen, er en av de mest effektive former for kompetanseheving"⁴.

Eksempler på innhold på disse kursene har vært:

- Hva som skal til for å jobbe med overgrepssaker over tid
- Erfaringer fra unge jenter som har vært utsatt for overgrep

⁴ Referat fra første samling for prosessorientert kurs – seksuelle overgrep mot barn – tilknyttet Kongsberg

- Utbrenthet
- Kasusdrøftinger.

Ut fra tilsvarende pedagogiske tanker er det gjennomført mer prosessorienterte opplegg for kompetanseutvikling som *Faglig forum*. Idéen bak *Faglig forum* er at ansatte i hjelpeapparatet ofte opplever at de sitter alene med problemet, og at de har "behov for kontakt med andre i hjelpeapparatet som har erfaringer, kan bistå eller være drøftingspartner underveis". På disse samlingene er deltakerne selv med på å definere innholdet ut fra de behovene de oppgir å ha.

Det er hittil etablert faglige fora i tre distrikter: Indre Østfold, Mjøs-distriktet (Ringsaker) og Kongsbergsområdet. I alt er ca 21 kommuner i regionen blitt inkludert i foraene i 2002. Det har vært 4-5 samlinger i hvert av de 3 faglige foraene i løpet året og ca 55 deltakere har deltatt fast.

I regionen er det også avholdt 3 ganske like, større 'tradisjonelle' konferanser som i alt har samlet ca 550 deltakere. Hovedtemaet på disse konferansene har vært: "Når skal vi bekymre oss for overgrep og hva gjør vi med bekymringen?" I samarbeid med Akershus er det holdt en fjerde konferanse.

I tabellen på neste side gis det en oversikt over alle kompetanseutviklingstiltakene i regionen, hvilke målgrupper som har vært omfattet og varigheten av tiltakene. Vi har også ført opp hvor mange deltakere man har nådd i løpet av året og hvorvidt det brukes case som deltakerne får jobbe med underveis.

Tabell 3.1 Oversikt over kompetanseutvikling i Helseregion Øst, 2002.

Fylke	Målgruppe	Varighet	Innhold	Bruk av case	Antall deltakere
Østfold	Barnevern, BUP, primærhelsetjen, spes helsetjen, barnehage, skole, politi, fylkesmannen	1 dag	Konferanse Når bekymre oss og hva gjøre?	Nei	290
	Barnevern, helsesøstre, kommunelege, PPT, politi og BUP	5 dager	Forumsamlinger	Ja	15
Akershus	Barnevern i komm og fylke, BUP, primærhelsetjen, skole og barnehager, politi	2 dager	Dommeravhør og observasjon av barn. Presentasjon av lokale ressursteam. Ulike roller, tverrfaglig samarbeid, rutiner	Ja	50
Oslo	-	-	-	-	-
Hedmark/ deler av Oppland	Barnevern, helsesøstre, kommunelege, PPT, politi og BUP	5 dager	Forumsamlinger	Ja	Ca 30
Oppland	Barnevern, BUP, primærhelsetjen, spes helsetjen, barnehage, skole, politi, fylkesmannen	2 dager	Konferanse Når bekymre oss og hva gjøre?	Nei	115
Buskerud	Barnevern, helsesøstre, kommunelege, PPT, politi og BUP	5 dager	Forumsamlinger	Ja	13
Buskerud	Barnevern, fylkesmann, BUP, primærhelsetjen, spes helsetjen, fylkeslege, barnehage, skoler, politi, fosterforeldre	1 dag	Konferanse Når bekymre oss og hva gjøre?	Nei	136

Som vi ser har Helseregion Øst både arrangert prosessorienterte kompetanseutviklingstiltak med færre deltakere over lengre tid, og store konferanser med mange deltakere. Totalt sett har ca 650 fagfolk deltatt på kompetanseutviklingstiltak i løpet av året, hvorav 50- 60 har deltatt flere ganger i forumsamlingene.

3.1.2 Helseregion Sør

I *Helseregion Sør* har man valgt en noe annen strategi. Her har man innrettet det meste av kompetanseutviklingen overfor de som står nærmest barnet og som har muligheter for å avdekke overgrep. Det er derfor gjennomført grunnkurs overfor ansatte ved helsestasjoner, barnehager, skoler og barnevern i ganske stort omfang. Hovedfokus i

disse kursene har vært hvordan man kan jobbe i et tverrfaglig samarbeid og hvem som har ansvaret for hva. Kursene legger vekt på å få fram hvilket ansvar som er lovfestet og hvilken instans som bør koples inn i sakene.

I tillegg har man holdt spesielle kurs/seminarer for ansatte i kommunalt barnevern som har omhandlet utfordringen med å se barnet og barnevernets rolle. I disse kursene har man lagt vekt på "å nå både hodet og hjertet", spesielt på kursene for barnevernsarbeidere. Dette er gjort ved å tone ned teori, og invitere en som har vært utsatt for overgrep til å holde innlegg, samt en som har lang erfaring i å arbeide med å avdekke overgrep gjennom ulike metoder. Siktemålet har vært å få barnevernsarbeidere til å stole på sin kompetanse i å se barnet i de sakene de jobber med.

For øvrig har man samlet de som ønsker å sitte i konsultasjonsteamene eller sitter i teamene som er opprettet i alle fylkene i regionen til to heldagssamlinger. I disse samlingene har man tatt opp politiets arbeid og rolle i SO-saker (seksuelle overgrepssaker).

I regionen har man jobbet videre med å få spredt høyskolekurset (5 vekttall) innen SO-problematikk som Høgskolen i Agder har gjennomført tidligere. Tilbudet skal nå gjennomføres i Vestfold og Telemark i 2003.

I regionen meldes det generelt om *stor interesse og mange påmeldte* til kompetanseutviklingstiltakene.

Tabell 3.2 gir en samlet oversikt over kompetanseutviklingen i helse-region Sør i 2001.

Tabell 3.2 Oversikt over kompetanseutvikling i Helseregion Sør, 2002.

Fylke	Målgruppe	Varighet	Innhold	Bruk av case	Antall deltakere
Hele regionen	De tverrfaglige konsultasjonsteamene i alle fylkene: BUP, barnevern, barneavd, voksenpsykiatri	1 dag	Presentasjon av teamene, strategi	Nei	12
Hele regionen	De tverrfaglige konsultasjonsteamene i alle fylkene: BUP, barnevern, barneavd, voksenpsykiatri	1 dag	Oppfølging foregående Politiets arbeid og rolle	Nei	15
Aust-og Vest-Agder	Barnevernsansatte	1 dag	Om å arbeide med barnemishandling og SO	Nei	82
Vest-Agder	Barnevernsansatte	2 dager	Samtaler med barn	-	20
Vestfold/Telemark	Barnevernsansatte	1 dag	Om å arbeide med barnemishandling og SO	Nei	84
Vestfold	Barnehager, skoler, helsestasjoner, krisesenter, SFO, politi, fylkeslege, fylkesbarnevern, BUP, barneavdeling	1 dag	Tverretattlig grunnkurs: Historikk, definisjoner og hyppighet. Tabu og hemmeligholdelse. Egne reaksjoner. Signaler og symptomer. Medisinsk undersøkelse. Framgang ved bekymring. Ulike etaters muligheter, ansvar og plikt. Tverretattlig samarbeid	Nei	180

Totalt sett er det for Helseregion Sør gjennomført 5 undervisningsdager i 2002 med i alt ca 390 deltakere, eksklusiv de to samlingene med konsultasjonsteamene. Totalt for 2001 og 2002 har vel 680 fagfolk deltatt på kurs/seminarer i regi av prosjektet i region Sør.

3.1.3 Helseregion Vest

I *Helseregion Vest* er det også gjennomført flere kurs i 2002. I alt har det vært gjennomført 10 kurs overfor kommuner i de tre fylkene i regionen.

Kursene overfor kommunene (også kalt ABC-kurs) har bestått av dags-samlinger som i stor grad har bestått av en kombinasjon mellom

teoritilførsel og jobbing med konkrete case som illustrerer hvordan en kan/bør jobbe med saker. Målet har vært å lage rutiner for samhandling mellom de ulike etatene og dermed bygge opp strukturer for samarbeid.

Vi har satt opp en tilsvarende oversikt for Helseregion Vest i tabell 3.3.

Tabell 3.3 Oversikt over kompetanseutvikling i Helseregion Vest. 2002.

Fylke	Målgruppe	Varighet	Innhold	Bruk av case	Antall deltakere
S&Fj/ Førde	2 kurs: Kommunalt barnevern, politi, helsestasjon, kommunelege, psyk.sykepleie PPT i hvert BUP- område med BUP	1 dag	Teori og forståing Samhandling fordypning gjennom case som krever horisontalt og diagonalt samarbeid	Ja	265 på alle kursene samlet
Hordaland	6 kommunale kurs som over	1 dag	Som over	Ja	
Rogaland	2 kommunale kurs som over	1 dag	Som over	Ja	
Barnepsyk i Helse Vest	2 kurs for 2 linjen	2 dager		70	70

Totalt sett kommer vi til at det er gjennomført 14 kursdager, fordelt på 10 rettet hovedsakelig mot det kommunale hjelpeapparatet og 4 mot andrelinjen. I alt nådde man ca 335 deltakere i 2002. I og med at prosjektperioden ble utvidet, valgte man å redusere noe på framdriften og utsette fire kommunebaserte kurs til 2003.

I regionen er det på lignende måte som i Øst opprettet et eget faglig forum, her for terapeuter i Helse Vest.

3.1.4 Helseregion Midt

I *Helseregion Midt* har det drøyd lenge før man har gjennomført kompetanseutviklingstiltak. Det ble gjennomført 5 undervisningsdager i 2001, og i 2002 er de første tiltakene gjennomført først i november 2002.

I regionen har man i stor grad overført ansvaret for kompetanseutviklingen til konsultasjonsteamene. Til tross for en "delegering" av kompetanseutviklingen til konsultasjonsteamene, er det likevel gjennomført likelydende opplegg i Nord- og Sør-Trøndelag. Hovedtemaet har vært hvordan man går fram ved bekymring om mishandling og overgrep. Man har fått tak i flere personer fra samme kommune ut fra tanken om at dette vil lette kompetanseoppbyggingen. For eksempel fra Nord-Trøndelag har i alt 16 kommuner vært representert med 2-3 deltakere fra hver kommune. Totalt har 243 fagpersoner deltatt på kurs i regionen i 2002. Tabell 3.4 viser kompetanseutviklingstiltakene i regionen i 2001.

Tabell 3.4 Oversikt over kompetanseutvikling i Helseregion Midt. 2002.

Fylke	Målgruppe	Varighet	Innhold	Bruk av case	Antall deltakere
Sør-Trøndelag	Ansatte i barnevern, politi og andrelinjen	1 dag	Hvordan trygge barn når mistanke om SO, hvordan jobber vi.	Nei	38
	Ansatte i barnevern, politi og andrelinjen	1 dag	Hvordan trygge barn når mistanke om SO, hvordan jobber vi.	Nei	Ca 55
Nord-Trøndelag	Ansatte i barnehage, skole, barnevern, helsesøstre, PPT, lensmenn	1,5 dag	Hvordan håndtere bekymringer, ulike etaters roller, tverretattlig samarbeid Medisinske undersøkelser Hva gjør andrelinjen	Ja	49
Møre og Romsdal	Helsesøstre og barnevern på Sunnmøre	1 dag	Informasjon fra konsultasjonsteamet Politiets, sykehusets og barnevernets roller	Ja	38
Møre og Romsdal	Helsesøstre, barnevernsansatte, ans i fylkesbarnevern, barne- og ungdomspsykiatri i Romsdal	1 dag	Informasjon fra konsultasjonsteamet Politiets, sykehusets og barnevernets roller	Ja	24

I Helseregion Midt ser vi at rettsvesenet i større grad enn andre steder er representert: En av underviserne kommer fra rettvesenet i forbindelse med at temaet har vært hva lovverket sier.

3.1.5 Helseregion Nord

Helseregion Nord har vært aktiv mht kompetanseutvikling i 2002. Våren 2002 ble det gjennomført en spørreundersøkelse vedrørende kompetansebehov blant ansatte i kommunal, fylkeskommunal, statlig og privat virksomhet. Undervisningsvirksomheten er vist i tabell 3.5.

Tabell 3.5 Oversikt over kompetanseutvikling i Helseregion Nord. 2002.

Fylke	Målgruppe	Varighet	Innhold	Case	Antall deltakere
Hele regionen	Ansatte i barnevern, helsetjeneste PP-tjeneste, BUP, familievernkontor	1 dag	Barnemishandling og Omsorgsvikt (Crittenden) Tilknytningsteori	Ja	60
Hele regionen	Ansatte i barnevern, helsetjeneste PP-tjeneste, BUP, familievernkontor	1 dag	Care Index	Ja	15
Hele regionen	Politi og rettsapparat, advokater, barnevern, helsetj., PPT, familievern, voksenpsyk, BUP	2 dager	Barn som troverdige vitner. (med Sven Åke Christianson) Minnepsykologi, hva kan barn huske og fortelle, hvordan intervju og ta i mot en historie	Ja	112
Hele regionen	BUP	1 dag	Om prosjektet	Nei	16
Nordland	Kommunalt ansatte i skoler, barnehager, helsestasjon, barnevern, PPT politi, osv	1 dag	Grunnkurs om symptomer, skadevirkninger og tverretattlig samarbeid	Ja	50
Sør-Troms	Ansatte i skoler, barnehager, ungdomsklubber, sosial, barnevern, PPT, helsetjeneste samt politi/lensmann	2 dager 2001	Grunnkurs om seksuelle overgrep. Ny kunnskap og handlingskompetanse Tverrfaglig samarbeid	Ja	90
Midt-Troms	Ansatte i skoler, barnehager, ungdomsklubber, sosial, barnevern, PPT, helsetjen, samt politi/lensmann	2 dager	Grunnkurs om seksuelle overgrep. Ny kunnskap og handlingskompetanse Tverrfaglig samarbeid	Ja	60
Nord-Troms	Ansatte i skoler, barnehager, ungdomsklubber, sosial, barnevern, PPT, helsetjen, politi/lensmann	2 dager	Grunnkurs om seksuelle overgrep. Ny kunnskap og handlingskompetanse Tverrfaglig samarbeid	Ja	9
Finnmark	Ingen egne kurs foreløpig – gjennomføres i 2003				

I Helseregion Nord betyr dette at i alt 412 deltakere har deltatt på kompetanseutviklingsopplegg i regi av prosjektet. Hovedinnsatsen er på samme måte som særlig i regionene Øst og Sør rettet mot førstelinjen og de som er i kontakt med barna. I 2002 er det gjennomført tverrsektorielle grunnkurs for så godt som alle kommunene i Troms og søndre Nordland.

Finnmark gjenstår pr i dag, men her vil tilsvarende opplegg gjennomføres i begynnelsen av 2003.

Fra forrige evalueringsrunde oppsummerte vi at det på landsbasis var nådd ca 765 deltakere i 2001. Med ca 2000 nye deltakere i 2002, betyr det at ca 2800 fagfolk er blitt "skolert" i en eller annen form i løpet av prosjektperioden hittil (pr 1.1.03).

I tabell 3.6 gir vi en oversikt over antall undervisningsdager og deltakere fordelt på hver region.

Tabell 3.6 Oversikt over undervisningsdager og deltakere totalt i hver helseregion. 2002.

	Region Øst	Region Sør	Region Vest	Region Midt	Region Nord
Antall undervisningsdager	21	7	14	5	12
Antall deltakere 2002	650	390	335	243	412

3.2 Er det utviklet undervisningsprogram?

Ingen av regionene oppgir at de har utarbeidet "undervisningsprogram" i den forstand at det er faste rullerende opplegg som består av flere bolker som er kompetansegivende. I Helseregion Sør er dette til en viss grad tilfellet ved at prosjektet har støttet videreutdanningsstudiet "Tverretattlig arbeid ved barnemishandling og seksuelle overgrep" i regi av Høgskolen i Agder økonomisk (5 vektall innen emnet). Dette gjentas og spres nå til Vestfold og Telemark.

Selv om undervisningen i regionene ikke direkte kan karakteriseres som "undervisningsprogram", har samtlige regionene gjentatt noen av undervisningsoppleggene i en slik grad at vi er tilbøyelige til å betegne det som "programlignende undervisning".

Det synes å være enighet om at det er behov for mer rullerende undervisningsopplegg utover de kurs og kompetanseutviklingstilbud som er gjennomført i regi av prosjektene.

NRSB har fått ansvaret for å utvikle undervisningspakker som tenkes rettet inn mot grunn- og videreutdanninger for de aktuelle faggruppene. Dette gjøres i samarbeid med Høgskolen i Oslo.

3.3 Hvilke faggrupper er nådd?

En problemstilling i evalueringen er hvorvidt det er gjennomført kompetansehevingstiltak mot *spesielle faggrupper*.

Det har ikke vært mulig å frambringe fullstendige tall mht hvor mange innen hver faggruppe som har gjennomgått kompetanseutviklingstiltak fra regionene. Vi har derimot fått oppgitt hvilke faggrupper som har

deltatt i kompetanseutvikling i hver region. Oversikten nedenfor er dessverre ikke komplett både fordi vi ikke har fått tak i alle deltakerlister og fordi de deltakerlistene vi har fått har vært beheftet med noe usikkerhet.

Tabell 3.7 Oversikt over faggrupper som har deltatt i kompetanseutviklingstiltak hver helseregion, 2002.

	Region Øst	Region Sør	Region Vest	Region Midt	Region Nord
Barnevernet (kommunalt og fylkeskommunalt)	236	14	80	85	11
Barnehageansatte	122	88		5	
Lærere	70	46		5	
PPT-ansatte	22	1	28	2	3
Helsesøstre	80	12	54	32	1
BUP-ansatte	39		28	10	24
Leger	7		3	1	1
Familievernkontor-ans	7		6	3	2
Fylkesmannen/fylkeslege	16	1			
Politi	28		17	1	3
Andre/uoppgitt	8	3	49	99	367
Sum	635	165	265	243	412

Til tross for manglende tall gir oversikten et bilde av at de som er nådd med kompetanseutvikling har hatt en varierende yrkesbakgrunn.

Vi ser at Helseregion Øst skiller seg ut med hensyn til høy representasjon fra politi og lensmenn og representanter fra fylkesmann/fylkeslege. Ellers synes det som om Helseregion Sør og Øst har rettet undervisningen mer mot førstelinjen, dvs. barnehager og skoler enn de øvrige regionene.

Når det gjelder region Nord viser tallene kun en liten andel av de som har deltatt på kompetanseutvikling. Det skyldes at vi ikke har mottatt komplette lister fra regionen. Vi vet likevel at innsatsen i stor grad er rettet mot de som jobber nærmest barna i regionen, dvs førstelinjen.

Fra Helseregion Vest har vi fått denne ganske detaljerte oversikten.

Tabell 3.7 En oversikt over hvor hvilke instanser og hvor mange deltakere som har vært på kurs i Helseregion Vest. 2002.

Stad	Mnd	Tot	BUP	Barnevern	Helsest	Politi	PPT	Lege	Fam-ktr	Andre
Fjell	Jan	42	4	16	8	4	2			2
Odda	Mar	27	2	10	7	1	2		2	3
Voss	Mar	16	1	5	6	2				2
Sauda	Jun	25		9	5	3	3	1		5
Voss	Jun	27	4	1	12		2			8
Haugesund		29		13	6	5	2		2	1
Åsane	Okt	32	5	12	3	1	5			7
Fana	Okt	20	3	8	3		4		1	1
Førde	Okt	31	5	2	1	1	8	1		13
Førde	Okt	16	4	4	3			1	1	4
Sum	10	265	28	80	54	17	28	3	6	46

Oversikten viser for det første at kursaktiviteten i regionen har vært ganske jevn over hele året, med fem kurs i vår-halvåret og fem i høst-halvåret. Vi ser også at noen geografiske områder er bedre dekket enn andre, f eks Førde og indre Hardanger.

Når det gjelder deltakerne, ser vi at de kommer fra mange av de aktuelle instansene. Regner vi ut prosentene ser vi at 30% kommer fra det barnevernet (både kommunalt og fylkeskommunalt), 20 % fra helsestasjoner og 11 prosent fra BUP og PPT. Legene er den yrkesgruppen som kommer dårligst ut med ca 1 %.

Ut fra denne oversikten kan det se ut som om ikke barnehager og skoler er representert i Helseregion Vest.

3.4 Er den generelle kompetansen høynet?

Det er i utgangspunktet vanskelig å gi et fyllestgjørende svar på dette spørsmålet. For det første innebærer ikke kursvirksomhet eller andre kompetansehevingstiltak nødvendigvis at det skjer en kompetansehøyning. Det som formidles på kursene kan f eks være dårlig formidlet eller gammelt nytt for deltakerne. For det andre medfører ikke kompetansehøyning nødvendigvis endret praksis. I vår sammenheng vil det forhåpentligvis være en stor andel som ikke har vært i en situasjon hvor de har fått nyttiggjøre seg kunnskapen de har fått.

Generelt kan vi si at kursvirksomhet og andre tiltak som har som siktemål å øke kompetansen etter all sannsynlighet fører til mer

kunnskap. Under noen omstendigheter fører det til endrete holdninger og i ytterligere noen tilfeller til endret praksis.

Det er ikke lagt opp til en grundig undersøkelse av eventuelle endringer i kunnskap, holdninger eller atferd/praksis innen rammen av denne evalueringen. Det vi har sett som mulig er å spørre en del ressurspersoner om deres oppfatninger av nytten av de tiltakene som er gjennomført og om de har brukt kunnskapene de har tilegnet seg.

3.4.1 Opplever fagfolk at undervisningen er nyttig?

Generelt kan vi konstatere at ressurspersonene vi har intervjuet gjennomgående har *stor tro på at undervisningsopplegg eller kompetanseutviklingstiltak overfor fagfolk både er nyttige og nødvendige*.

Det meldes om *stor interesse* i form av mange påmeldte fra alle regionene. Til de store konferansene melder ofte flere hundre personer sin interesse. I Østfold deltok for eksempel hele 290 fagpersoner på konferanse arrangert av prosjektet. Noe av forklaringen på den store interessen kan være at kurset var gratis. I Helseregion Sør, hvor man har hatt undervisningsvirksomhet i flere år, meldes det om jevn høy interesse.

En annen kilde til å finne ut om kompetansen er høynet er å spørre deltakerne selv. Blant de 41 som svarte på spørreundersøkelsen var det kun 32 som hadde vært på kurs eller som svarte på spørsmålene. Vi gjengir likevel resultatet som kan gi en indikator på opplevd nytte av kompetanseutviklingstiltakene.

Tabell 3.8 Fagpersonellets karakterisering av nytten av det de har lært.
N = 32.

	Prosent	N
Svært nyttig	72%	23
Litt nyttig	22%	7
Lite nyttig	3%	1
Overhodet ikke nyttig	3%	1
Sum	100 %	32

Resultatet indikerer at deltakerne gjennomgående er *svært fornøyde* med nytten. 23 av de 32 som svarte (72%) oppgir at de har hatt svært stor nytte og 7 av 23 (22%) oppgir litt nytte.

3.4.2 Opplever fagfolk at de har fått brukt kunnskapen?

Går vi et trinn videre og ser på hvorvidt de mener de har fått brukt det de har lært, finner vi følgende:

Tabell 3.9 Hvorvidt fagpersonell oppgir at de har brukt det de har lært.
N = 31.

	Prosent	N
Ja, brukt mye	23 %	7
Brukt noe	58 %	18
Brukt lite	13 %	4
Overhodet ikke brukt	0 %	0
Ikke svart/ikke aktuelt	6 %	2
Sum	100 %	31

Tar vi betraktning at ikke alle har vært i en situasjon som gjør at de har fått brukt det de har lært, synes resultatet å vise at innholdet i kompetanseutviklingen har *en klar nytte for fagfolkene*. 18 av 31 (58 %) av de som har svart sier at de har brukt noe av det de har lært, og 7 av 31 (23 %) har brukt mye.

Tallene gir ikke grunnlag for å si noe om forskjeller mellom ulike typer fagfolk eller mellom ulike instanser.

3.5 Kompetanse på avgrensede områder

3.5.1 Kompetanse på avdekking av seksuelle overgrep

I likhet med den foregående problemstillingen, er det vanskelig å kunne anslå hvorvidt det er utviklet kompetanse på såpass vanskelige områder som dette.

De fleste prosjektlederne gir uttrykk for at man i løpet av prosjektperioden *med all sannsynlighet har kommet et stykke lenger med hensyn til å håndtere mistanke om seksuelle overgrep* blant de som har gjennomført kurs.

I flere av kursene er det lagt stor vekt på å få fram at ansatte ved helsestasjoner, barnehager og skoler ikke skal kunne trenge å håndtere alle sider ved situasjonen, men ta kontakt med hjelpeapparatet som så gir veiledning i håndtering videre og gir mulighet for å koble inn de rette instansene.

Vi spurte fagfolkene selv (som enten har vært med i de regionale nettverkene eller i konsultasjonsteamene) om de oppfatter at det er utviklet mer kompetanse på avdekking av SO de siste tre årene. Blant de 15 fagfolkene som svarte på spørreskjemaet svarte tre at det er utviklet mer kompetanse i å avdekke overgrep, fire svarte benektende på spørsmålet.

Resten (åtte) svarte 'vet ikke'. De tre som mente det har skjedd en positiv utvikling kom fra ulike regioner.

3.5.2 Kompetanse i utredning, diagnostisering, behandling og støtte til seksuelt misbrukte barn og deres pårørende

Ser vi på innholdet i undervisningen, er det lite som direkte omhandler utredning, diagnostisering og behandling. Det kan trolig forklares ved at kompetanseutvikling i denne omgang hovedsakelig er rettet mot første-linjen eller en kombinasjon mellom personell fra første- og andrelinjen. Etter det vi kan se er det videre rettet noe mer undervisning mot utredning, enn mot behandling. Spesielt i region Øst og Vest synes det å være tilfellet ut fra det vi kan tolke.

Prosjektlederne uttrykker en generell skepsis til om det er utviklet mer kompetanse på utredning, diagnostisering og behandling av SO-saker. De fleste mener det har vært en ganske høy kompetanse på dette fagområdet, tatt i betraktning hvor komplekst feltet er.

I denne sammenheng uttrykker flere fortsatt bekymring over at barne- og ungdomspsykiatrien vegrer seg for å ta disse sakene. SO-saker må i tillegg til å være lite attraktive oppgaver, ofte også "konkurrere" med andre prioriterte brukergrupper. Følgelig mener prosjektlederne at det må gjøres noe permanent for at BUP-systemet opprettholder oppmerksomhet og innsats mot disse barna.

En annen kilde til å finne ut om det har skjedd noen kompetanseheving på dette området har vært å spørre fagfolkene gjennom spørreundersøkelsen om deres oppfatninger. Vi viser da til undersøkelsen blant nettverksdeltakerne. Det viser seg at en ganske stor andel mener at det har skjedd en positiv utvikling de siste tre årene: 5 av 15 (33%) mener det har skjedd en kompetanseheving på behandling, mens bare 2 av 15 mener det ikke har skjedd en slik økning. Videre er det 8 av 15 (ca 55%) som mener det har skjedd en økt kompetanse i å forstå tegn og symptomer, mens kun 3 av 15 mener det ikke har skjedd en slik økning.

Fra spørreundersøkelsen kommer det fram fra BUP-ansatte at de nettopp ønsker mer kompetanse på ulike behandlingsmetoder.

Når det gjelder barnemedisin har alle regionene et tilbud. I Helseregion Øst ivaretas ansvaret ivaretas hovedsakelig ved Ullevål universitetssykehus hvor det er høy kompetanse. Noen undersøkelser blir også utført ved det tidligere Oppland sentralsykehus og Sykehuset Østfold HF hvor kompetansen også er god. I Helseregion Vest blir medisinske undersøkelser henvist til Stavanger fra Haugesundsområdet og til Haukeland sykehus fra de øvrige områdene. I Helseregion Midt anses kompetansen innen barnemedisinske utredninger å være så god som mulig. Det er

særlig fagmiljøet ved St Olavs hospital som utgjør den medisinskfaglige kompetansen som både Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag benytter. I Helseregion Nord er det Barneavdelingen ved Universitetssykehuset i Tromsø som har høyest kompetanse.

3.5.3 Er kompetansen i å bruke hjelpeapparatet økt?

Det generelle inntrykket er at kompetansen i å bruke hjelpeapparatet *er blitt en del høyere* ved at det er blitt tydeligere for samarbeidspartnerne hvor de skal henvende seg ved mistanke om overgrep. Flere forhold taler for det:

I spørreundersøkelsen blant nettverksdeltakerne spurte vi om deres oppfatning om kompetansen i å bruke hjelpeapparatet var blitt høyere de siste tre årene. 8 av 15 (55%) svarte bekreftende på dette, mens 7 svarte enten 'vet ikke' (4) eller negativt (3). Fra en av regionene fikk vi følgende uttalelse:

"Fagfolk har gitt uttrykk for lettelse over at de ikke har totalansvaret slik noen har trodd, men at de har et avgrenset ansvar og at det finnes råd om hva de kan gjøre ved mistanke om SO".

I Helseregion Midt er man usikker på om det er blitt tydeligere for samarbeidspartnere hvor de skal henvende seg. Arbeidet med seksuelle overgrep er et fagfelt der fagfolk ofte opplever å bli kritisert, noe man særlig fikk erfare i Bjugn-saken. I Helseregion Midt har man derfor valgt en strategi hvor man tydeliggjør at kommuneansatte *har mulighet* til å henvende seg til konsultasjonsteamene, og ikke at man bør eller skal bruke dem. På den måten framstår teamene som et tilbud.

3.6 Er det utviklet rutiner for håndtering av denne type saker?

Fra flere av regionene oppgis det at det var utviklet rutiner allerede før prosjektet ble igangsatt. Det oppgis at *det ikke er gjort noe spesielt for å utvikle egne rutiner regionalt*. Inntrykket er at man venter på den nasjonale veilederen.

Arbeidet med den nasjonale veilederen har tatt lang tid. Vårt inntrykk er at arbeidet har blitt heftet sentralt i flere omganger. Det er ved flere anledninger gitt signaler om at den vil bli ferdigstilt innen angitte datoer, men er gang på gang blitt forsinket. Fra informanter har vi fått inntrykk av at departementene ikke har klart å koordinere arbeidet med veilederen slik at den er blitt liggende i de ulike departementene etter tur.

Noen hevder at de gamle rutinebeskrivelsene er bedre enn den nye veilederen ser ut til å bli. Begrunnelsen er at den gamle er lettere å finne

fram i, og at temaer som ikke oppfattes å være spesielt sentrale har fått for stor plass i den nye.

I enkelte av regionene er det lagt mer vekt på å jobbe med rutinebruk enn andre steder. I Helseregion Midt har nettopp rutinegjennomgang vært et av hovedtemaene innen kompetanseutvikling i 2002. Prosjektlederen her presiserer betydningen av at rutinene jevnlig blir repetert.

I spørreundersøkelsen blant fagfolk spurte vi om de kjente til rutiner på området, om de har tilgang til dem og om de har brukt dem. Vi spurte også om de oppfatter rutinene som nyttige. Tallmaterialet er lite, men vi gjengir dem i tabell 3.10.

Tabell 3.10 Kjennskap, tilgang til og bruk av rutiner. N=35.

	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Nord
Kjenner rutiner	56%	67%	100%	50%
Tilgang til rutiner	56%	67%	100%	50%
Brukt rutiner	56%	67%	75%	50%
Nyttige	56%	67%	75%	50%
Sum	9 (N)	12 (N)	4 (N)	10 (N)

I de tre regionene der vi har et visst antall respondenter, ser det ut til å være mellom halvparten og 2/3 som kjenner til rutinene. I region Vest er det såpass få som har svart at resultatet neppe er pålitelig.

Ser vi på forholdet mellom kjennskapet og nytteopplevelsen, ser vi at så godt som *alle som kjenner rutinene, har brukt dem og oppfatter dem som nyttige.*

3.7 NRSBs støtte til oppbyggingen av kompetanse- og nettverksmiljøene i regionene

Vi har spurt de regionale prosjektlederne (med unntatt av prosjektlederne i Helseregion Øst som selv har vært tilknyttet NRSB) om deres erfaring med NRSBs tilbud mht kompetanseutvikling.

Alle prosjektlederne hadde gode erfaringer med de ulike foraene som NRSB arrangerer. Det varierer hvor ofte man har deltatt på samlingene, men samtlige mener de har hatt nytte av å delta. Den aller største nytten oppgis å være å møte andre som jobber med samme fagfelt.

3.8 Behovet for videre faglig utvikling

Gjennom intervjuene med prosjektlederne har vi fått et inntrykk av at det er *et stort udekket behov for veiledning og bistand ute i kommunene*. For å få et inntrykk av kvaliteten på den veiledningen som mottas spurte vi fagfolk om deres nytte av veiledningen. Hele 10 av 12 vurderer veiledningen som 'svært nyttig' og de øvrige to som 'litt nyttig'. *Dette understreker behovet for bistand og at det oppleves svært nyttig når det gis bistand.*

Vi har samlet innspill fra fagfolk om deres behov for videre kompetanseutvikling. Innspillene er sortert etter forekomst, slik at de første er de hyppigst forekommende:

- Hvordan se signaler hos små barn og hvordan møte de utsatte barna (12)
- Ferdighetstrening i samtale med barn (11)
- Hjelp til håndtering av konkrete saker (8)
- Hvordan utvikle bedre samarbeidsrutiner. Hvem gjør hva? (8)
- Utredning og behandlingskompetanse (6)
- Etterforskningskompetanse og dommeravhør stort behov (3)
- Hvordan beskytte barnet når det ikke foreligger dom (2)
- Mer prosessorienterte kurs der man går mer inn i prosessen og forstår hva seksuelle overgrep dreier seg om (2)

En av dem som jobber i et konsultasjonsteam skriver:

"Jeg skulle ønske vi hadde en institusjon/et lærested der man kunne følge barn/familier i prosessene, og at den enkelte hjelpearbeider kunne lære av å følge barnet/familien. Slik jeg ser det ville dette medføre at hjelpeapparatet ville få større innsikt og mer ydmykhet overfor de som henvender seg".

Andre ønsker om kompetanseutvikling er:

- Hvordan hjelpe systemet vårt til å orke disse sakene
- Opplæring om hvilke råd en gir foresatte vedrørende anmeldelse, samt hvordan selv opptre i rettssalen
- Mor/kvinne som overgriper
- Søsken som overgripere
- Unge overgripere

En av dem som svarte på spørreskjemaundersøkelsen skriver:

"Det er behov for fortsatt å øke kompetansen, spesielt innen førstelinjen (barnevernet). Dette kan gjøres bl a med veiledning over tid. Barnevern og BUP

må i større grad følge sitt ansvar for å undersøke om SO kan være ett av problemene klientene sliter med".

3.9 Våre vurderinger

Vi kan konstatere at det har blitt arrangert *mange kompetanseutviklings-tiltak* i regi av de fem regionale prosjektlederne og deres medhjelpere. Det er verdt å merke seg at *interessen for feltet blant fagfolk er jevn og stor*. I alt har ca 2800 fagpersoner deltatt på kurs eller kompetanseutvikling i hele prosjektperioden, hvorav ca 2000 i 2002.

Strategien for kompetanseutvikling har vært litt *ulik i regionene*, både med hensyn til pedagogisk tilnærming og målgruppeinnretning.

Den pedagogiske tilnærmingen man har valgt i Helseregion Øst med *proessorienterte samlinger der deltakerne selv får innvirke på innholdet, ser ut til å oppleves som nyttig av deltakere*. Deltakerantallet er stabilt og økende. Samtidig ser vi at mer tradisjonelle kursopplegg også oppleves som nyttige.

I Helseregion Sør har man lagt vekt på å *nå førstelinjen*, dvs de som har kontakt med barna. Det er tydelig at det er stor interesse for kursene selv om det i denne regionen har vært jevnlig tilbud. Samtidig er det jobbet for å spre høyskolestudiet som er gjennomført ved Høgskolen i Agder til de øvrige høgskolene i regionen.

I Helseregion Vest har man gjennomført *flere likelydende kurs* i 2002 og på den måten *nådd ganske mange*. Her synes målgruppen å være noe annerledes sammensatt enn i de øvrige regionene, med liten representasjon fra barnehager og skoler.

I Helseregion Midt kom man ikke i gang med kompetanseutviklingen før i november 2002, og har således nådd færrest.

Helseregion Nord har gjort en stor innsats på området i 2002. Det er *gjennomført flere samlinger for hele regionen foruten førstelinjekurs* (grunnkurs) i de ulike geografiske områdene, med unntak av Finnmark.

Hvorvidt kompetanseutviklingstiltakene har resultert i kompetanseheving er vanskelig å konkludere sikkert om. Selv om tallmaterialet er lite, er det imidlertid *tydelig at en så høy andel som 72% (23 av 32) opplever det de har lært som svært nyttig*. Videre er det *78 % (25 av 31) som oppgir at de har brukt noe eller mye av det de har lært*. Selv med et så lite tallmateriale som må tolkes med forsiktighet, betegner vi det som *et meget godt resultat*.

For å optimalisere nytten av de oppleggene som nå er utarbeidet, blir det viktig å få disse kompetanseutviklingstiltakene inn i et rullerende opplegg. Vi ser da muligheten for at regionene i enda noe større grad kan

låne av hverandre, f.eks. ved at oppleggene kjøres i andre regioner enn egen. Dermed nås flere målgrupper og flere temaer blir behandlet. Det bør tilstrebes å få til rullerende undervisningsopplegg i hver region. En måte å gjøre dette på vil være å kjøre programmene ”i utakt” ved at man kjører ulikt faginnhold i de ulike regionene etter en fast rullerende plan.

Vi ser det videre som viktig å *fortsette arbeidet med å få fagfeltet inn i undervisningen på høghskolenivå.*

Når det gjelder *rutiner* på området har det ikke skjedd nevneverdig utviklingsarbeid regionalt. I kurssammenheng har likevel *håndtering av mistanke om overgrep vært gjennomgangstema i alle de fem regionene.* I en av spørreundersøkelsene fant vi at *de som kjenner rutinene, både har brukt dem og oppfatter dem som nyttige.*

4 ORGANISERINGEN REGIONALT

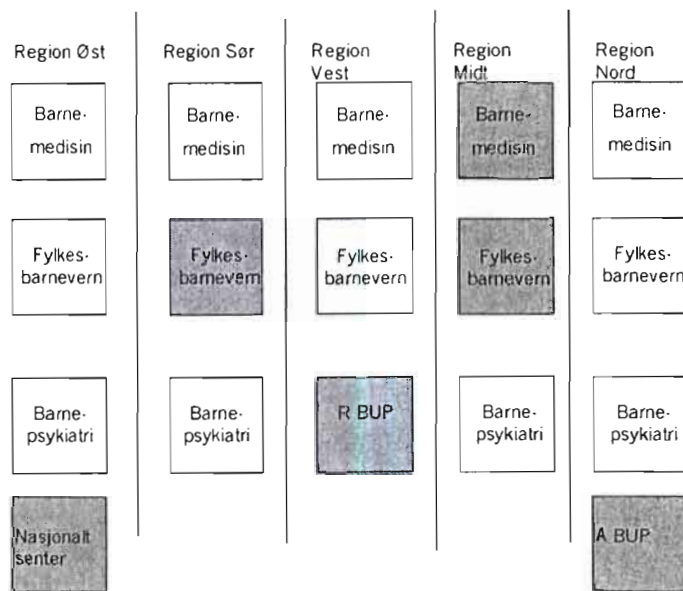
4.1 Beskrivelse av de regionale modellene for organisering

De fem helseregionene har valgt noe ulike modeller for organisering av arbeidet i prosjektperioden. Modellene har sprunget ut fra regionenes egne ønsker om organisering. På denne måten har man fått muligheten til å prøve ut ulike organisasjonsmodeller i løpet av en toårsperiode.

Ulikhetene har bestått av *ulik ansvars plassering av koordineringsarbeidet* (markert med grønt):

- I Helseregion Øst til Nasjonalt senter for seksuelt misbrukte barn (NRSB)
- I Helseregion Sør til fylkesbarnevernet i Vest-Agder
- I Helseregion Vest til BUP Førde
- I Helseregion Midt opprinnelig til Barneavdelingen ved St Olavs hospital, senere til fylkesbarnevernet i Nord-Trøndelag
- I Helseregion Nord til Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri (ABUP), Det medisinske fakultetet ved Universitetet i Tromsø.

Felles for regionene er at de har organisert arbeidet i *tverretattlige og tverrfaglige nettverk* mellom barnemedisin, barne- og ungdomspsykiatrien og fylkesbarnevernet. Figuren nedenfor illustrerer de ulike modellene som er utprøvd i prosjektperioden.



Figur 1 Organiseringen av de regionale nettverkene

Nettverkene på regionalt nivå kan karakteriseres som to-delt: *Et lite nettverk* (en prosjektgruppe) bestående av 2-3 personer med representanter fra fylkesbarnevernet, barne- og ungdomspsykiatrien og barnemedisin fordelt på ulike fylker. *Et større regionalt nettverk* har bestått av representanter fra de samme instansene, men da med alle instansene representert i hvert fylke. Dette nettverket har dermed bestått av 9-12 medlemmer. Begge disse nettverkene ble etablert i oppstarten.

4.2 Hvordan har de regionale nettverkene fungert?

4.2.1 Mål og forventninger til organiseringen

Nettverksorganiseringen har hatt som mål å etablere regionale fagmiljø/-nettverk for samarbeid om rådgivning, veiledning, undervisning og informasjon.

Forventningene fra sentralt hold har i stor grad vært å få etablert synlige og solide regionale strukturer som fungerer slik at folk vet hvor de skal henvende seg ved mistanke om seksuelle overgrep på barn.

Første evalueringsrunde avdekket at flere av nettverkene slet med å få nettverksmedlemmene til å prioritere deltakelse. Det gjaldt særlig i Helseregion Øst og Midt.

Vi kan konstatere at alle regionene *fortsatt har regionale nettverk der både pediatri, barnepsykiatri og barnevern er representert*. Hvor aktive det store regionale nettverket og arbeidsgruppene har vært, varierer imidlertid. I de fleste helseregionene har man etter hvert valgt å jobbe mer gjennom "det lille nettverket", dvs gjennom prosjektgruppene.

4.2.2 Noen læringspunkter fra regionene

Helseregion Øst

I *Helseregion Øst* (inkl Buskerud) har prosjektlederansvaret vært lagt til *NRSB*. Her har ansvaret vært delt mellom to personer. I realiteten har det ifølge prosjektleder medgått 80-100% stillingsressurs til det regionale koordineringsarbeidet.

En fordel med å legge koordineringsansvaret til *NRSB* har vært at det har vært et større faglig miljø rundt prosjektkoordineringen og dermed flere å spille på. En ulempe har vært at det ofte kan være vanskelig å skille rollen som nasjonal instans og regional koordinator.

I Helseregion Øst er det store nettverket blitt aktivisert i noen grad. Det er avholdt ett møte pr år. Prosjektgruppen i region Øst skiller seg ut ved at den har vært relativt stor (8 personer). Den har hatt oftere møter. Samtidig er det etablert alternative nettverk gjennom de faglige fora. Disse er fylkesvise og kan sies å være enda mer tverrfaglig/tverretattlig sammensatte som det regionale nettverket er tiltenkt i og med at politiet også er med.

Arbeidet i regionen har videre konsentrert seg særlig om å kartlegge ønsker og behov for å delta i tverrfaglige interkommunale eller fylkesvise fora, og å informere samarbeidspartnerne (i første- og andrelinje) om prosjektet.

Helseregion Vest

I *Helseregion Vest* har prosjektlederansvaret vært lagt til *Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri i Bergen (RBUP)*. Prosjektleder har imidlertid vært ansatt på BUP Førde.

I Helseregion Vest er det brukt mye ressurser på å få etablert strukturene for konsultasjon, undersøkelse og behandling innen hvert BUP-område. Det er lagt opp til en modell der det lokale arbeidet er organisert ved hjelp av nettverk i hvert helsedistrikt (BUP-distrikt). Status er så langt at både Helse Førde og Helse Stavanger og Fonna Helse har en slik modell med lokalt koordineringsansvar lagt til BUP, mens Helse Bergen ikke har noen slik modell.

Det andre hovedsatsingsområdet i regionen har vært å bygge opp kompetanse gjennom undervisningstiltak.

Det har heller ikke her vært stor aktivitet i det store nettverket. I år er det bare holdt ett møte i den store nettverksgruppen. Det lille nettverket, arbeidsgruppen, har hatt fire møter dette året.

I og med at det har skjedd såpass mye endringer innen helseorganiseringen regionalt, er det ennå ikke helt klart hvordan den nye organiseringen blir. F eks er ikke utredningen av ny struktur for psykiatrien i Helse Vest klar.

Erfaringene fra Helseregion Vest er bl.a. at organiseringen bør følge de geografiske grensene som gjør det mulig å møtes. Det er også lagt vekt på nærhet til brukerne.

Helseregion Midt

Prosjektet i *Helseregion Midt-Norge* var opprinnelig forankret ved *Barneklubben ved St Olavs hospital*. Fra 1.1.2002 ble prosjektansvaret overført til fylkesbarnevernet i Nord-Trøndelag, men det er kun en 10% stilling som er benyttet til prosjektkoordinering. Tidligere prosjektleder fortsatte som medlem av prosjektgruppen. Dermed ble organiseringen i Helseregion Midt ganske lik modellen som brukes i Helseregion Sør med forankring i fylkesbarnevernet, med unntak av stillingsressursen.

I den første evalueringsrunden så vi også at *Helseregion Midt* slet med å få på plass en tverrfaglig/-etatlig prosjektgruppe i regionen. Dette skyldtes i hovedsak at BUP og delvis BUS ikke møtte i prosjektgruppen. Årsakene var bl a at deltakerne gikk ut i permisjon.

Erfaringene i denne regionen er at en stillingsressurs på 10% som regional prosjektleder har vært i minste laget. Med såpass liten stillingsressurs har man måttet prioritere å holde prosjektgruppen i gang og å delta på de nasjonale møtene i Oslo. Dette har øyensynlig vært hovedårsaken til at det store nettverket ikke har vært aktivt det siste året.

Helseregion Nord

I *Helseregion Nord* ble prosjektleder tilsatt først 1. september 2001 i 100% stilling. Prosjektet har vært forankret ved Avdeling for Barne- og ungdomspsykiatri ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Tromsø (ABUP). Modellen representerer dermed en forankring i et forskningsmiljø.

I regionen har man prioritert å bygge opp ulike strukturer for å ivareta arbeidsområdet. Hele kompetansenettverket består av to kompetanseteam (rådgivningsgrupper) som utgjøres av 11 personer og et eksternt nettverk på 14 personer, til sammen 25 personer. Det ene teamet er rådgivningsgruppa for Nordland, det andre for Troms, Finnmark og Svalbard. Det eksterne nettverket er også referansegruppe for teamenes virksomhet og for hele prosjektet.

Det eksterne nettverket består av personer fra ulike deler av hjelpeapparatet i tillegg til det interne nettverket. Disse har rollen som "snushaner" og hjelper lokalt. Nettverket av ansatte i utøvende tjenester og myndigheter ser ut til både å ha blitt etablert og å fungere godt.

I regionen er det satset mye på å få opprettet konsultasjonsteam i landsdelen, få arbeidet forankret på ledernivå i de utøvende tjenestene og gjennomført fag- og kompetanseutvikling.

Helseregion Sør

I *Helseregion Sør* er det fylkesbarnevernet som har hatt ansvaret for koordineringen av nettverket under prosjektperioden. Prosjektlederansvaret har vært delt på *to personer* med *25% stilling på hver*.

I Helseregion Sør har strategien vært å spre Vest-Agder-modellen til de øvrige tre fylkene. Det vil i praksis si at det er fylkesbarnevernet i de tre fylkene Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder som er ment tillagt koordineringsansvaret. Internt i regionen har det vært konsensus om denne modellen, og deltakerne i nettverket har klare oppfatninger av at de vil videreføre denne modellen.

Helseregion Sør er den regionen som har arbeidet mest gjennom det store opprinnelige nettverket. Også her har man hele tiden vært svært opptatt av å få etablert strukturer som kan bestå etter endt prosjektperiode. Fra tidligere prosjekter hadde man erfart at det er viktig med et formalisert samarbeid på tvers av etatsgrenser. Som et ledd i dette har man lagt stor vekt på å avholde møter med ledelsen for å oppnå forpliktelse på toppen av de ulike tjenestene. Man har også valgt å innrette arbeidet mot å styrke førstelinjen ved bl a i første rekke å skolere førstelinjen.

En del av denne strategien har vært å holde oppe aktiviteten i det store regionale nettverket gjennom hele prosjektperioden. Det er gjennomført 3-4 møter pr år, der oppmøtet karakteriseres som godt og jevnt. Møtene er blitt brukt til å drøfte organisering og å planlegge oppbygging av konsultasjonsteam i de fylkene som ikke har det, samt å planlegge kompetanseutvikling i regionen. Møtene fungerer altså både som planleggings- og beslutningsforum.

En viktig erfaring fra arbeidet i Helseregion Sør er *at regionnivået synes å være for stort. Fylkesnivå synes å være en mer hensiktsmessig geografisk og institusjonell avgrensing*. En av begrunnelsene er at fylkesnivå innebærer at tjenestene organiseres nærmere brukerne. God lokalkunnskap og nærhet til brukerne oppfattes å være viktig for å kunne skape et godt tjenestetilbud. Det regionale nivået tenkes mer å ha et ansvar for et smalere fagfelt, dvs en spisskompetanse innen området.

Å dele prosjektlederansvaret på to personer har blitt opplevd som er god løsning. Ved å være to har man både noen å diskutere med og å dele oppgaver med.

4.3 Hva mener nettverksdeltakerne?

For å få et mer utfyllende bilde av hvordan nettverkene har fungert, har vi stilt spørsmål til nettverksdeltakerne om dette. Vi har spurt hvordan nettverkene jobber og hvilke type temaer de jobber med i nettverksmøtene. Resultatet er framkommet ved at 11 nettverksdeltakere har svart på en serie spørsmål om hva nettverket gjør. Se tabell 4.1.

Tabell 4.1 Hva deltakerne oppgir at nettverkene gjør. N = 11.

	Region Øst	Region Sør	Region Vest	Region Midt	Region Nord
Drøfter framtidig organisering og arbeidsfordeling	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Blir selv faglig oppdatert	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja
Drøfter behov for kompetanseutvikling	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Planlegger konkrete tiltak vedr kompetanseutvikling	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja
Drøfter generelle faglige spørsmål vedr SO-problematikk	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja
Drøfter konkrete SO-saker/ gir råd i enkeltsaker	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei

Felles for nettverkene synes å være at *de drøfter organisering og arbeidsfordeling, samt behovet for kompetanseutvikling*. Vårt inntrykk gjennom intervjuene bekrefter at nettverkene har brukt *mye tid til å diskutere nettverkets rolle og funksjon i de ulike regionene*.

Tabellen gir også et bilde av at de regionale nettverkene jobber noe ulikt: Tre av nettverkene driver med faglig oppdatering av medlemmene i en eller annen form (regionene Øst, Vest og Nord). Det ser ut til bare å være nettverket i Helseregion Øst som har drøftet konkrete SO-saker.

Vi spurte deltakerne om *nytt* av det regionale nettverket. 9 av de 11 deltakere som svarte på spørsmålet 'noe nyttig'. En svarer 'svært nyttig', mens en mener det 'ikke er særlig nyttig'. Det er verdt å merke seg at *deltakerne gjennomgående opplever det nyttig å delta i nettverket*.

Den viktigste nytten slik medlemmene beskriver det er:

- "Treffe ulike fagpersoner som er opptatt av problematikken".

- "Treffe lokale samarbeidspartnere".
- "Kontakt med andre miljøer ut over vårt fylke. Felles diskusjoner hvor vi lærer av hverandre".
- "Å få en viss oversikt over hva som skjer i regionen og hva som mangler".
- "Ha mulighet for å påvirke kompetanseheving og organisering/-samarbeid. Delta på studietur og derved heve egen kompetanse".
- "Det faglige fellesskapet".

4.4 Jobbes det mer tverrfaglig og tverretatlig?

Fra prosjektlederne har vi fått inntrykk av at det er *en klar erkjennelse av at dette fagfeltet klart er tverrfaglig og tverretatlig*. Alle vi intervjuet ga uttrykk for en slik forståelse.

Gjennom spørreundersøkelsen får vi delvis bekreftet dette inntrykket. Vi spurte nettverksdeltakerne hvorvidt de mener det er utviklet mer tverrfaglig og mer tverretatlig kompetanse de siste tre år. *6 av 14 mener det er utviklet mer kompetanse i å arbeide mer tverrfaglig*. Se tabell 4.2.

Tabell 4.2 Fagfolks oppfatning av hvorvidt det er utviklet mer kompetanse på tverretatlig og tverrfaglig jobbing de tre siste årene. N=14.

	Ja	Vet ikke	Nei
På å arbeide mer tverretatlig	4	7	3
På å arbeide mer tverrfaglig	6	5	3

Tallmaterialet er lite og gir *ingen klar indikasjon på at fagfolk oppfatter at det jobbes mer tverretatlig/tverrfaglig*. Vi merker oss likevel at kun 3 av de 14 svarer klart benektende på spørsmålene.

4.5 Er tverrfagligheten i nettverkene operativ?

En sentral problemstilling er hvorvidt tverrfagligheten i prosjektarbeidet har vært "operativ" ved at nettverksdeltakerne er direkte med de som skal gjennomføre undervisningen, rådgivning etc.

Vi har fått inntrykk av at det i *alle regionene arbeides tverrfaglig i prosjektgruppene*. Det arbeidet som planlegges i prosjektgruppene gjennomføres for en stor del i fellesskap eller med en arbeidsdeling.

Som tidligere omtalt har ikke de store regionale nettverkene vært særlig aktive det siste året, og det er dermed vanskelig å vurdere tverrfagligheten i disse.

Et av unntakene er som tidligere nevnt Helseregion Sør. Her ser det ut til å være bred og tverrfaglig integrert arbeidsform. Her samles hele nettverket for å planlegge og beslutte hva som skal gjøres i regionen, både mht organisering og tiltak. Arbeidsformen er integrert ved at alle deltakerne bidrar i nettverket og får oppgaver i henhold til beslutningene. Arbeidsformen er basert på en erfaring man har gjort lokalt:

"Vår erfaring er éntydig: De ulike etater og fagfolk er avhengige av kjennskap til hverandres arbeidsmuligheter og –begrensninger, av felles rutiner og av et godt samarbeid for å kunne yte god bistand til barn og familier med barne-mishandling, seksuelle overgrep og grov omsorgssvikt".⁵

4.6 Kompetanseoverføring og læring mellom nettverkene?

I første evalueringsrunde konkluderte vi med at det var et uunyttet potensial mht å få til kompetanseoverføring og læring mellom de regionale nettverkene. Hovedinntrykket er at de regionale prosjektene fortsatt jobber mest inn mot enheter i egen region, men at det skjer en kompetanseoverføring gjennom tre kanaler:

- (a) Gjennom de nasjonale samlingene Helsetilsynet arrangerer
- (b) Gjennom de Fora for kompetanseutveksling som NRSB arrangerer
- (c) Ved at prosjektlederne tar kontakt med hverandre for å utveksle erfaringer og synspunkter

Noen eksempler på det siste er at Helseregion Nord har benyttet prosjektleder i Helseregion Vest som kursholder/foreleser på ett av sine kurs i høst. Helseregion Midt ønsket på tilsvarende måte å benytte en av prosjektlederne i Helseregion Sør som foreleser i høstens kurs både i Sør-Trøndelag og i Nord-Trøndelag.

4.7 Hvem kontakter fagfolk generelt?

Når fagfolk ute får mistanke om SO eller arbeider med en sak, trenger de ofte veiledning. Hvor de søker veiledning vil ofte avdekke hvilket nettverk de har. Vi spurte derfor fagfolk som ikke nødvendigvis er med i det formelle nettverket hvem de kontakter ved mistanke om SO. Er det slik at de bruker egen instans, konsultasjonsteamene eller sitt eget nettverk (samarbeidsinstanser)?

Av de 41 som svarte på spørreundersøkelsen var det 29 som har trengt veiledning ved mistanke. Hvem de bruker er vist i tabellen 4.3. Summen

⁵ Statusrapport, juni 2002. Tverretattlig samarbeid mot barnemishandling og seksuelle overgrep mot barn i Vest-Agder. Rapport fra fylkesbarnevernet i Vest-Agder.

av svarene vil her være mer enn 29 fordi noen har oppgitt at de kontakter flere instanser.

Tabell 4.3 Hvem fagpersonell oppgir at de kontakter ved mistanke. N = 29

	Barne- vernet	Helse stasjon	BUP	Politi	Sum
Kollegaer i egen instans	6	1	6	3	16
Fylkesbarnevernet	4	-	-	-	4
Konsultasjonsteamet/ Kommunalt SO-team	9	-	2	2	13
Det regionale nettverket	3	1	1	-	5
BUP	4	1	-	-	5
Private spesialister	1	-	1	-	2

Selv om tallmaterialet er lite, gir tabellen et visst inntrykk av kontaktmønsteret. Det vanligste funnet synes å være å *kontakte kolleger i egen instans*. Barnevernet ser ut til å *bruke konsultasjonsteamet i stor grad*, mens BUP-ansatte ser ut til å *bruke mer kolleger enn å gå utenfor egen instans*.

Vi har også undersøkt om fagfolk opplever at de har et godt nettverk, se tabell 4.4.

Tabell 4.4 Fagfolks opplevelser av eget faglig nettverk. N = 41.

	Sum	N
Stort og velfungerende nettverk	30 %	12
Har et visst nettverk	55 %	23
Mangler et tverrfaglig nettverk	10 %	4
Har ikke behov	5 %	2
Sum	100 %	41

Tabellen viser at vel halvparten av de fagfolkene som svarte opplever at de har 'et visst nettverk', og nesten 30% (12) oppgir at de har 'et stort og velfungerende nettverk'.

4.8 Hva er gjort for å sikre god gjennomføring regionalt?

En suksessfaktor som vi synes å se generelt er at *prosjektlederne er strukturerte og har stor gjennomføringsevne*. At prosjektlederne

utarbeider konkrete planer, avsetter tid og gjennomfører det som står i planene gjør at de oppnår resultater.

Vi har spurt prosjektlederne hva de i ettertid anser å være vellykkede framgangsmåter for å oppnå det de har gjort lokalt. Av spesielle gode grep som de regionale prosjektlederne er fornøyde med nevnes:

I Helseregion Sør vektlegger prosjektlederne betydningen av at arbeidet med organiseringen av dette går tilbake til 1988. Det innebærer at det både er *stor grad av vilje i systemet og kompetanse på området* i regionen. For eksempel er 3,2 stillinger i fylkesbarnevernet i Vest-Agder avsatt til arbeid med SO-saker.

En annen suksessfaktor er den arbeidsmåten man har valgt ved å *involvere alle medlemmene i det regionale nettverket i planlegging og ikke minst i beslutningsprosessene*. Dette har medført at nettverksmedlemmene møter opp og bidrar aktivt i diskusjoner og i beslutninger. I gjennomføringen er det lagt stor vekt på at denne typen arbeid krever tverrfaglig og tverretatlig innsats og organiseringen av arbeidet bærer klart preg av dette ved at alle etater er direkte involvert i gjennomføringen. At de har en konkret tilnærming til oppgavene og har erfaring fra å jobbe med å få til forpliktelse fra andre og sørge for oppfølging.

Erfaringen fra Helseregion Sør er at et godt tilbud til utsatte grupper barn og familier er at både etater og fagfolk kjenner både hverandres arbeidsmuligheter og -begrensninger og at de utvikler felles rutiner.

I Helseregion Midt er profilen endret fra å gi midler til kompetanseutvikling i spesialisthelsetjenesten til å gi gratis kurs til ansatte i første-linjen.

I denne regionen har man også erfart at *når det gis midler til konsultasjonsteamene tar de et større ansvar overfor kommunene*.

I Helseregion Nord er det satset mye på å oppnå forpliktelse hos ledelsen, både i de utøvende tjenestene og hos myndigheter for øvrig. Erfaringen så langt synes å være at slikt arbeid tar tid.

4.9 Fagfolks oppfatninger av utfordringene framover

Nettverksmedlemmene har gitt uttrykk for hva som skal til for at de skal få enda mer nytte av nettverket:

- "Mer midler til egen videreutvikling faglig. Burde også vært flere møter og mer midler til oppdatering av andre etater"
- "Arbeidsseminar med kasusframlegging".

For øvrig er det to store utfordringer i dette arbeidet slik fagfolk flest ser det:

Den største utfordringen med hensyn til organisering ser fortsatt ut til å være *manglende forpliktelse i de ulike instansene*. Prosjektlederne ser et klart behov for at fagfeltet "trenger instruksjon", som én uttrykte det. I prosjektrapporten 2000-2002 fra region Nord finner det uttrykt slik:

"...det viser seg i praksis at flere av rådgivningsgruppas deltakere får liten støtte fra ledelsen til å prioritere arbeidet i gruppa. De rapporterer at konsultasjonsarbeidet hovedsakelig oppleves som en ekstrajobb ved siden av vanlige arbeidsoppgaver – ikke som en del av organisasjonens oppgaver".

Dette synes ikke å være enestående fra region Nord. Det synes å være felles enighet om at *de berørte departementene må gi klarere styrings-signaler til sin sektor om deres ansvar på dette området*.

Mange av fagfolkene som svarte på spørreundersøkelsen bekrefter dette inntrykket. De uttrykker bekymring over at ledelsen i egen instans ikke tar ansvar for denne type saker. Her er noen eksempler på uttalelser:

"Det bør bli forpliktende å møte i nettverket. De som skal delta bør få det inn i arbeidsbeskrivelsene. Det bør prioriteres fra lederne slik at det blir mulig å delta".

"Det kunne blitt bedre oppmøte med faste personer"

"Vi har mange nyutdannede fagfolk på min arbeidsplass og interessen for området er svært labert, til tross for oppdatering fra prosjektet. Det er nedslående og innen vår instans må vi gjøre noe med det".

"Kunne deltatt mer selv, men arbeidssituasjonen har hindret mer deltakelse".

Den andre store utfordringen for fagfeltet (som hører sammen med den første) er at det hersker *en redsel for forekomsten av seksuelle overgrep i systemet*. "Fagfolk vegrer seg for å få slike saker", er gjennomgangstonen. Det er tydelig at mange fagfolk opplever det som *svært belastende* å jobbe med slike saker både personlig og systemmessig. Dette skyldes at en del saker er endt opp som store erstatningssaker dersom rettsapparatet konkluderer med frifinnelse. Ifølge flere skyldes dette at det generelt er vanskelig å skaffe bevis i tradisjonell betydning i disse sakene, og at barns forklaring møter mindre tiltro enn en voksens forklaring.

Dette er en situasjon som ifølge flere er i ferd med å gjøre dette arbeidet enda mer problematisk enn det i utgangspunktet er, og som setter de utsatte barna i en enda mer vanskelig situasjon. Flere etterlyser derfor en egen innsats fra Justisdepartementet rettet mot politifolk, advokater og dommere.

4.10 Våre vurderinger

Erfaringene med *nettverksorganiseringen* må karakteriseres som *dette*. Det har vært *jevn og høy aktivitet i prosjektgruppene*, dvs de små nettverksgruppene bestående av tre-fire personer fra henholdsvis

barnevern, barne- og ungdomspsykiatri og barnemedisin fra fylkene i regionene.

Det viser seg imidlertid *ikke fullt så vellykket å skulle aktivisere de store regionale nettverkene*. Det er kun Helseregion Sør og Nord som har hatt aktive regionale nettverk gjennom hele prosjektperioden. I denne vurderingen er det viktig å ha i mente at organiseringen av arbeidet med seksuelt misbrukte barn har lang tradisjon i Vest-Agder. Fylkesbarnevernet i Vest-Agder startet dermed høyt i terrenget med hensyn til å skape forståelse for viktigheten av dette arbeidet og de hadde lang erfaring og kompetanse på arbeidsområdet. I Helseregion Nord har man også fått dette til. Dette tilskriver vi blant annet at det her er blitt finansiert en 100% stilling. Vi kan med andre ord se en viss sammenheng mellom ressurstilførsel i form av stillingsressurs og resultatoppnåelse. I Helseregion Øst har en noe utvidet prosjektgruppe vært aktive med representanter fra alle fylkene.

Spørreundersøkelsen til nettverksdeltakerne viser at *de opplever nettverksdeltakelsen som nyttig*. Undersøkelsen bekrefter videre inntrykket av at nettverkene har *jobbet litt forskjellig*. Felles for nettverkene er at *organisering og arbeidsfordeling, og behovene for kompetanseutvikling* er blitt diskutert. Nettverkene er ulike med hensyn til om de driver med faglig oppdatering i møtene, og om de drøfter generelle faglige spørsmål eller konkrete SO-saker.

Det synes å være en klar erkjennelse blant aktørene at feltet er tverrfaglig og tverretatlig. Det er imidlertid vanskelig å konstatere hvorvidt det jobbes mer tverrfaglig og tverretatlig. Spørreundersøkelsen blant fagfolk tyder på at de *som oftest kontakter kollegaer i egen instans* når de har behov for veiledning i denne type saker. Barnevernet synes oftest å ta kontakt med konsultasjonsteamene.

Spørsmålet om vi kan se noen sammenheng mellom måten prosjektene er organisert på og resultatoppnåelse, er ikke mulig å besvare. Erfaringen, både fra tidligere og fra dette prosjektet, tyder på at suksess synes å henge sammen med andre faktorer:

- At det finnes ildsjeler med høy kompetanse som greier å organisere arbeidet
- At det er en viss forpliktelse "oppover i systemet", dvs at arbeidet blir forankret i toppen ved at ledelsen "vedkjenner seg" ansvaret for området
- At innsatsen prioriteres ved at det dedikeres ressurser til å utføre oppgaver på området.

Resultatoppnåelsen synes å ha en viss sammenheng med størrelsen på stillingsressursen. Prosjekterfaringene tilsier at *koordineringsarbeidet*

bør ha en stillingsressurs på minimum 50%, og at oppgavene aller helst bør deles mellom to personer. På den måten gjøres koordineringsfunksjonen mer robust, og det oppleves mer faglig og kollegialt stimulerende enn om man er alene.

Hvordan de store utfordringene på feltet skal håndteres er det ingen enkle svar på. Når det gjelder den manglende forpliktelsen både i barnevernet og i barne- og ungdomspsykiatrien, er vi langt på vei enige med de aktørene i prosjektet som mener at *de berørte departementene må sende klarere styringssignal enn det de har gjort så langt.*

Når fagfolk opplever det vanskelig å ta fatt i overgrepssaker av redsel for erstatningssøksmål og den generelt store belastningen, er det etter vår vurdering viktig at det skapes nok aksept og støtte internt i systemet.

Det er etter vår oppfatning også et behov for kompetanseutvikling rettet spesielt mot politifolk og advokater. Vi vil derfor anbefale at det utarbeides "undervisningspakker" til bruk for videreutdanning av politifolk og advokater der etterforskningsmetodikk, samtalemetodikk, observasjon og generell innsikt i konsekvenser av overgrep inngår. Presentasjon av kasuistikk bør inngå i en slik undervisning. Dette bør være en oppgave for et nasjonalt kompetansesenter i nært samarbeid med f eks Politihøgskolen og Justisdepartementet.

5 KONSULTASJONSTEAMENE I FYLKENE

5.1 Status pr 1.1.2003

En av målsettingene med prosjektet har vært å gi nytt liv til de fylkesvise konsultasjonsteamene eller operative team innen passe geografiske områder.

Selv om fylkeskommunen har mistet noe av sin aktualitet som forvaltningsnivå innen både helse og barnevern, gir vi i tabell 5.1 en statusoversikt for de fylkesvise teamene.

Tabell 5.1 Status for fylkesvise konsultasjonsteamene pr 31.12.2002.

Fylke	Har konsultasjonsteam:	Fylkesbarnevern	BUP	Barnemedisin/lege	Sosionom	Politi	Andre
Oslo	(Ja)	Ja					
Akershus	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Jurist, pluss kommunalt barnevern
Østfold	Nei						
Hedmark	Nei						
Oppland	Nei						
Buskerud	(Ja)						
Vestfold	(Ja)						
Telemark	(Ja)						
Aust-Agder	Ja	Ja	Ja	Ja			
Vest-Agder	Ja, 2	Ja	Ja	Ja		(Ja)	Voksenpsykiatrien
Rogaland	Nei						
Hordaland	(Ja)			Ja	Ja		
Sogn og Fjordane	(Ja)	Ja	Ja (RBUP)	Ja			
Møre og Romsdal	Ja, 3 regionale team	Ja	Ja	Ja		Ja	
Sør-Trøndelag	Ja	Ja	Ja	Ja			Kommuneadvokat Kommunalt barnevern
Nord-Trøndelag	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	
Nordland	Ja	Ja	Ja	Ja		Nei	Ja
Troms	Ja	Nei	Ja	Ja			Ja
Finnmark	Nei ⁶						

⁶ Dekkes av teamet i Troms

Det har skjedd få endringer siden første evalueringsrunde: Det har skjedd relativt lite i de fylkene som ikke har team. Til tross for innsats fra de regionale prosjektlederne, er det ikke blitt opprettet flere team det siste året. Tvert i mot var det mange fylker som den gang var positive, som ennå ikke har opprettet team.

Noe av årsaken til at det ikke er skjedd noe i fylkene skyldes delvis at etatsledere stiller seg tvilende til om dette er deres ansvarsområde. Dette synes å være tilfellet f.eks. i Hedmark. Andre ser ut til å ha ventet på utredningen om barnevernets framtidige organisering.

Status er dermed som følger:

I *Helseregion Øst* har det ikke skjedd noen endringer siden sist. Til tross for innsats i form av møter med etatsledere er det ikke blitt opprettet team verken i Østfold, Hedmark eller Oppland. Akershus-teamet ser ut til å fungere godt.

I *Helseregion Sør* er også status som sist. Det er fortsatt to team i Vest-Agder og ett i Aust-Agder med samme sammensetning som før. Det er fortsatt ikke team verken i Vestfold eller Telemark. Det er rettet betydelig innsats mot å få etablert team i disse to fylkene, noe som viser seg å ha trukket i langdrag. I Vestfold er det "på plass" fire personer som allerede er samlet, men teamet er ikke formelt opprettet. I Telemark er det for tiden tre personer som er motivert for å være med, men her mangler man koordinator.

Helseregion Vest har ennå ikke fått opprettet team i Hordaland eller gjenopprettet teamet i Rogaland. Dermed er det ingen av fylkene i regionen som har et fungerende team på fylkesnivå. I Rogaland er det vedtatt av teamets oppgaver skulle ivaretas av det ordinære hjelpeapparatet, da tolket som BUP-systemet. Koordinator for konsultasjonsteamet ble overført til fylkespsykiatrisk avdeling.

Innen Helse Bergen finnes det forøvrig flere team som betjener området. For eksempel blir Barnevernsvakten brukt i Bergens og nærområdet, mens Nordhordland har et interkommunalt barnevernsteam som synes å fungere i tett samarbeid med kommunene i regionen.

I Nord-Trøndelag er to team slått sammen til ett. I *Helseregion Midt* er det dermed fem konsultasjonsteam: Ett i Sør-Trøndelag, ett i Nord-Trøndelag og hele tre i Møre og Romsdal.

Helseregion Nord har fortsatt to team som følger helseforetaksgrensene. Det rapporteres at begge disse har kommet godt i gang og at de begge har økt konsultasjonstiden til 3 timer pr uke. Det innebærer at Tromsø-teamet skal betjene nordlige del av Troms og Finnmark.

5.2 Arbeidsmåter

Gjennom spørreundersøkelsen har noen av medlemmene svart på hva de gjør i eget team, se tabell 5.2.

Tabell 5.2 Medlemmenes oppfatninger av hva man gjør i konsultasjonsteamene

	Oslo	Aust-Agder	Telemark ⁷	Rogaland ⁸	M&R	Nordland	Troms
Drøfter framtidig organisering og arbeidsfordeling				Ja		Ja	
Blir selv faglig oppdatert			Ja	Ja			Ja
Drøfter behov for kompetanseutvikling i 1 og 2 linjen			Ja	Ja		Ja	
Planlegger konkrete tiltak vedr kompetanseutvikling i 1 og 2 linjen	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	
Drøfter generelle faglige spørsmål vedr SO-problematikk		Ja		Ja	Ja		Ja
Drøfter konkrete SO-saker/ gir råd i enkeltsaker	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja
Holder kurs	Ja		Ja	Ja			

Det viser seg, slik vi fikk inntrykk av i første evalueringsrunde, at konsultasjonsteamene jobber på forskjellige måter. Felles for teamene er at de *alle jobber med konkrete saker*, men de skiller seg fra hverandre med hensyn til hvorvidt de planlegger undervisningstiltak og selv driver undervisning.

Vi spurte medlemmene hvor mange saker de har jobbet med det siste året, dvs. i 2002. *Alle teamene (i alt syv team) svarte at de hadde jobbet med 5 eller flere saker.*

En del av respondentene som svarte var ikke med lenger. En av dem svarte:

"Jeg jobbet tidligere i konsultasjonsteam, men kortvarig. Vi fikk få saker til barneavdelingen annet enn oppdrag fra påtalemyndighet. Ønsker et kompetanseteam som dekker 2-3 fylker. Ellers får vi for lite erfaring".

⁷ Besvart av en av deltakerne i det uformelle konsultasjonsteamet

⁸ Gjaldt det tidligere konsultasjonsteamet fra 1991 til 2001.

5.3 Teammedlemmenes egne oppfatninger av nytten av teamene

Vi har spurt medlemmene i konsultasjonsteamene om deres nytte av teamene. *Alle de som svarte (medlemmer i seks ulike team) oppga at de hadde svært stor nytte av å være med i teamet.*

Den viktigste nytten blir beskrevet som:

- "Det tverrfaglige/tverretatlige. Gjennom at vi har forskjellig yrkesbakgrunn og kommer fra forskjellige etater kan vi supplere hverandre".
- "Å få tilgang til "moderne" oppdatering på området ved hjelp av kurs etc"
- "Nyttig å kjenne hverandre når det dukker opp vanskelige saker en bør drøfte med andre"
- "Tverrfaglige diskusjoner tidlig i sakene. Blitt kjent med folk i kommunalt barnevern og helseetat"
- "Å få innspill fra andre faggrupper"
- "Å få allsidig erfaring med mange og ulike saker, og å se nødvendigheten av tverrfaglig arbeid"
- "Å møte aktører fra andre etater. Knytte gode kontakter. Verdifullt å delta i tverrfaglige diskusjoner"

Vi spurte også hva som skal til for at medlemmene skal få enda mer nytte av teamene. Noen av svarene var:

- "Å gå enda mer inn i prosessene: hva det medfører som hjelpearbeider/fagperson å stå i dette arbeidet"
- "Mer engasjement fra deltakerne"
- "Mer feedback om hvordan sakene forløper"
- "Mer tid til tverrfaglige vurderinger"
- "Mer tid"
- "Mulighet til mer kursing evt. andre faglige fora bl.a. for å følge med i forskning".

Det er viktig å merke seg at ganske mange av de som er eller har vært med i konsultasjonsteam *oppfatter nytten av teamene som svært god*, og noen har kommentert at nytten av disse teamene har vært bedre enn nytten av de regionale nettverkene.

5.4 Fagfolk utenfor teamene og deres oppfatninger av nytten

Konsultasjonsteamene synes å være *godt kjent* i fylkene som har slike. Ser vi på de fylkene som har opprettet team, sier *samtlig* av de fagfolk som har svart at de *kjenner til teamet i fylket*.

I de fylkene som har team er det *nesten alle som oppgir at de har brukt teamene*. I Aust- og Vest-Agder oppgir 100% at de både kjenner til og har brukt teamene. I Nordland og Troms svarer også alle at de kjenner til teamet. Så mange som 7 av 9 svarer at de har benyttet teamene i regionen. De som ikke har benyttet teamene er ansatte i barnehage/skole.

Hva er så konsultasjonsteamene brukt til? Tabell 5.3 viser noe av bildet.

Tabell 5.3 Hva fagfolk har brukt konsultasjonsteamene til. N = 28

	Prosent	N
Trengte råd og veiledning	21 %	6
Diskuterte en/flere konkrete saker	42 %	12
Deltok i undervisning	21 %	6
Annet	16 %	4
Sum	100	28

Som vi ser fungerer konsultasjonsteamene i størst grad som en instans der man kan *drøfte konkrete saker* i et tverrfaglig forum.

Gjennom undersøkelsen har vi også fått inntrykk av hvordan de som har benyttet konsultasjonsteamene (ressursteam eller SO-team) oppfatter nytten av dem.

Tabell 5.4 Fagfolks oppfatning av nytten av konsultasjonsteamet i eget fylke. N = 18.

	Prosent	N
I høy grad	50%	9
I noen grad	44%	8
I liten grad	6%	1
Overhodet ikke	0%	0
Sum	100 %	18

Konsultasjonsteamene viser seg altså å bli opplevd som svært nyttige eller nyttige av 94% av de som har brukt dem.

5.5 Våre vurderinger

Det tydeligste funnet i undersøkelsene blant *både fagfolk og samarbeidspartnere er at konsultasjonsteamene oppleves som meget nyttige*. Dette er fora som viser seg å være *stabile i de fylkene som har hatt slike team*. Fagfolk etterlyser team i de fylkene de ikke er opprettet og der de er nedlagt. Teamene dekker et behov for faglig nettverk over et passende geografisk område slik aktørene oppfatter det, og de har en funksjon det tydeligvis er behov for.

Å opprette konsultasjonsteam i hvert fylke har vært en uttalt målsetting for prosjektet, jfr delmål 2d, kapittel 1.2. Vi konstaterer at det ikke er gjort store framskritt på dette området med unntak av i Helseregion Nord, som har fått ca dobbelt så mye i prosjektmidler som de øvrige regionene. Etter vår vurdering bekrefter det inntrykket av *at resultatoppnåelsen har sammenheng med hvor mye ressurser regionene har fått tildelt*.

Det bekrefter også vårt inntrykk av at *det til tross for stor innsats fra prosjektlederne er vanskelig å få til en forpliktelse i systemet til å ta ansvaret for dette fagområdet*. Ansvaret blir lett flytende mellom de ulike instansene. Vi ser også at den store usikkerheten rundt organiseringen av barnevernet, samt den omfattende omorganiseringen av helsesektoren i prosjektperioden har medvirket til at lite har skjedd på fylkesnivå.

Resultatet er at etter toårs prosjektperioden er fortsatt store deler av landet udekket. I Helseregion Øst har verken Hedmark, Oppland eller Østfold konsultasjonsteam. Likeledes har verken Buskerud eller Telemark formelt opprettet pr 31.12 2002.

I Helseregion Vest sliter Hordaland fortsatt med opprettelsen av team, og det nedlagte teamet i Rogaland er ikke gjenopprettet.

Det gledelige er at man i Nordland og Troms har fått en god dekning. Finnmark kan muligens sies å være dekket. Vi mener imidlertid at reiseavstandene tilsier at det bør være et team, spesielt i Vest-Finnmark.

Arbeidet med å opprette og vedlikeholde teamene ser vi som en oppgave som bør gis høy prioritet framover. Målet må være at hele landet blir dekket av et team som gir konsultasjon i denne typen saker.

6

VURDERING AV FRAMTIDIG ORGANISERING AV TJENESTENE

6.1 Organiseringen på nasjonalt nivå

6.1.1 Opprettelsen av Nasjonalt kompetansesenter for vold traumer

Hvordan dette fagfeltet best kan organiseres på nasjonalt nivå har lenge vært et uavklart spørsmål. Det har hersket usikkerhet omkring NRSBs framtid over lang tid. NRSB tilknytning til Barne- og familieetaten i Oslo kommune er forlenget ut 2003.

I 2002 ble det anbefalt fra Sosial- og helsedirektoratet å etablere et Nasjonalt kompetansesenter for vold og traumer. Helsetilsynet på sin side formulerer det slik:

"Helsetilsynet støtter at det etableres et samlet nasjonalt senter for hele traumefeltet som sikrer forsknings- og fagutviklingsbehov i et samarbeid med aktuelle kliniske miljøer og andre forskningsmiljøer..... Ressursene nå knyttet til Nasjonalt senter for seksuelt misbrukte barn anbefales overført til det nye nasjonale senteret".

Hvilke instanser som mer spesifikt skal inngå i dette senteret, samt på hvilken måte de eventuelt skal samorganiseres, utredes for tiden av en egen prosjektgruppe. Vi har ikke fått noen dokumenter eller annen informasjon fra dette arbeidet, og kan derfor ikke legge noe derfra til grunn som premisser i denne evalueringen.

De instanser som vi så langt har brakt på det rene er aktuelle i et slikt samarbeid er følgende:

- Kompetansesenter for voldsofferarbeid
- Kontor for katastrofepsykiatri
- Psykososialt senter for flyktninger og
- NRSB.

Det ligger altså utenfor vårt mandat å se på *hvem* som bør inngå i et slikt samarbeid. Vårt mandat er å vurdere organiseringen av fagfeltet *seksuelt misbrukte barn* i forhold på nasjonalt og regionalt nivå. Vi ser at dette mandatet delvis griper inn i prosjektgruppens mandat.

De erfaringer man har høstet gjennom prosjektperioden vil vi gi som innspill til utredningen om organisering av traumefeltet og tilgrensende områder. I den sammenheng er det tre spørsmål vi vil besvare:

- (1) Bør det organiseres nasjonale funksjoner på fagområdet og hvilke funksjoner bør det eventuelt være?
- (2) Hvordan kan man tenke seg dette fagområdet best ivaretatt innen et nasjonalt traumesenter?
- (3) Hvordan bør de regionale funksjonene best organiseres?

6.1.2 Bør det være nasjonale funksjoner og eventuelt hvilke?

Fra alle regionene gis det uttrykk for at *det er behov for å ha organisert en enhet på et nasjonalt nivå med et dedikert ansvar for en del funksjoner*. Som eksempler på slike nasjonale funksjoner nevnes:

- Ansvar for koordinering av et faglig og organisatorisk nettverk for alle regionene. .
- Sørge for kompetansespredning gjennom å arrangere nasjonale samlinger, sørge for at resultater fra både nasjonal og internasjonal forskning blir spredt, produsere læremidler og arbeide for å få temaet inn i fagplaner på høgskole- og universitetsnivå.
- Drive informasjonsformidling gjennom forskningsformidling, nettbaserte informasjonstjenester, artikler, video etc.
- Være et bindeledd mellom regionene og det nasjonale nivået slik at man vet hva som skjer i de øvrige regionene og sentralt.

Hvorvidt forskning bør inngå i en slik nasjonal funksjon, er det ulike oppfatninger om. Hvis det finnes kapasitet til forskning og midler, mener de fleste det er positivt med forskningsoppgaver. Dersom man derimot skal konkurrere om midler som kan brukes lokalt, foretrekker de fleste prosjektlederne at midlene spres regionalt/lokalt. Hovedinntrykket fra regionene er at man ønsker mest mulig midler og innsats kanalisert nærmest mulig de utsatte barna. Det er likevel et inntrykk av at bruken bør øremerkes og at den økonomiske styringen ikke desentraliseres.

Et annet spørsmål er om det bør knyttes klinisk virksomhet til en nasjonal funksjon. De fleste som har uttalt seg om dette legger vekt på at det vil være en svakhet i legitimiteten til et nasjonalt senter ikke å ha en fot i klinisk virksomhet. Noen påpeker at det vil være kunstig og ressursmessig ugunstig å dele et fagmiljø slik at man i det ene driver klinisk virksomhet og i et annet forskning, informasjon og kompetanseutvikling.

6.1.3 Hvordan organisere de nasjonale funksjonene Nasjonalt kompetansesenter for vold og traumer?

Det andre hovedspørsmålet er: Hvordan organisere et Nasjonalt kompetansesenter for vold og traumer slik at hensynet til fagfeltet *seksuelt misbrukte barn* kan ivaretas innen et slikt senter?

Grovt sett kan man tenke seg tre modeller for organisering av dette fagfeltet innen et slikt senter.

- *Alternativ A* Et eget faglig, organisatorisk og økonomisk selvstendig kompetansesenter for arbeid med seksuelt misbrukte barn innen den større paraplyorganisasjonen; det nasjonale traumesenteret.
- *Alternativ B* At fagfeltet organisatorisk og økonomisk blir en del av det nasjonale traumesenteret. Feltet kan da ivaretas ved at det opprettes egne grupper f eks med voldsutsatte eller med seksuelt misbrukte barn.
- *Alternativ C* At senteret organiseres etter andre prinsipper, f eks en del fellesfunksjonen og noen spesialiserte funksjoner med egne organisatoriske underenheter, som for eksempel fagområdet *seksuelt misbrukte barn*.

Å opprette et eget kompetansesenter (modell A) innebærer i praksis at NRSB videreføres, men knyttes opp mot det Nasjonale kompetansesenteret for vold og traumer. Den sistnevnte blir da en paraplyorganisasjon med flere sentre/kompetansesentre. I denne modellen tildeles ressursene dette fagfeltet spesifikt. Alle administrative og faglige funksjoner er samlet i kompetansesenteret. Kompetansesenteret (NRSB) har i en slik modell full autonomi i forhold til ressursallokering og faglig satsing. Styrken ved denne modellen er at fagfeltet i stor grad skjermes fra eventuelle økonomiske og faglige føringer på traumefeltet generelt.

I modell B utgjør det nasjonale traumesenteret den organisatoriske og økonomiske hovedenheten. Fagfeltet arbeid med seksuelt misbrukte barn inngår i en større helhet, f eks voldsutsatte barn.

Fordelen med denne modellen er at fagmiljøet blir større. Muligens kan det også være sterke faglige paralleller avhengig av hvilke grupperinger man velger som kan berike hverandre gjensidig.

En av ulempene med dette alternativet er at fagfeltet ikke blir skjermet på noen måte. Å overføre ressursene til en større organisasjonsenhet med et videre mandat, utløser klart en fare for at ressursene vil kunne assimileres i den grad at den spesifikke satsingen på dette særlige området blir skadelidende. Det representerer også en fare for at fagfeltet spises opp av andre mer "populære" eller statusgivende fagfelt.

I modell C kan man tenke seg at noen funksjoner defineres som felles-funksjoner. Det kan være administrative funksjoner som sentralbord, sekretærbistand, informasjonsformidling og kursadministrasjon. De faglige funksjonene kan organiseres som særskilte enheter, enten som kompetanse- eller ressursentre. I denne modellen kan fagfeltet *seksuelt misbrukte barn* utgjøre en egen og relativt autonom enhet.

Det uttrykkes sterk skepsis fra mange av aktørene til om fagfeltet vil få den nødvendige tyngde dersom det samorganiseres med andre fagfelt. En klar ulempe ved alle former for samorganisering, er *at området seksuelle overgrep mot barn lett kan "spises opp" av det mer generelle traume-feltet og at barneperspektivet blir skadelidende i forhold til voksen-perspektivet.*

6.2 Hvordan bør de regionale funksjoner best organiseres?

Når vi skal vurdere organisering av de regionale funksjoner på dette området, vil vi bruke følgende vurderingsgrunnlag:

- (a) Hvilke oppgaver regionene har utført så langt
- (b) Hvilke(n) organisatoriske strukturer/modell(er) som ser ut til å fungere godt ut fra erfaringene i prosjektperioden og tidligere.

6.2.1 Hvilke funksjoner og oppgaver er utført regionalt?

I prosjektet "Støtte til seksuelt misbrukte barn" har hver region utarbeidet sine egne mål for prosjektet. Målene har hatt store likhetspunkter, med noen variasjoner. Det synes å være stor grad av enighet om at de regionale oppgavene bør bestå av de oppgaver som regionene har hatt i prosjektperioden. I korthet går de ut på:

- Gjennom drift av de regionale nettverkene (eller prosjektgruppene) være pådrivere for å oppnå forpliktelse i egne organisasjoner både innen barnevern, barne- og ungdomspsykiatri og barneavdelinger ved sykehusene.
- Være pådrivere for å få etablert og videreutviklet et behandlingstilbud til barn og ungdom og deres familier.
- Forbedre og avklare tverrfaglig samarbeid mellom barnevern, barne- og ungdomspsykiatri, barnemedisin, politi og rettsvesen med mer.
- Sørge for at det er blitt planlagt og gjennomført "grunnkurs" og annen kompetanseheving overfor førstelinjen, samt ansatte innen barnemedisin, barne- og ungdomspsykiatri og barnevern i andrelinjen.

- Være pådrivere for å få opprettet og vedlikeholdt konsultasjons-team/ressursteam som dekker alle geografiske områder i regionen.

6.2.2 Erfaringer fra organiseringen regionalt

Konklusjonene fra "det organisatoriske forsøksarbeidet" i prosjektet har vist at det ikke er én "riktig" måte å organisere det regionale arbeidet på.

I første evalueringsrunde konkluderte vi med at *hver region var fornøyd med den modellen for organisering man hadde valgt*, selv om modellene er ulike. Det samme kan sies i dag.

I realiteten er det kun tre modeller som er prøvd ut i perioden.

- (1) Ansvar lagt til BUP-systemet,
- (2) Ansvar lagt til universitetet/ABUP
- (3) Ansvar lagt til fylkesbarnevernet

Disse tre instansene, BUP, ABUP og fylkesbarnevernet er tradisjonelt preget av noe ulike ideologier. De har også ulike roller i arbeidet med seksuelt misbrukte barn. Uten å gå for mye inn i dette, kan vi grovt si at BUP-systemet er preget av en behandlingsideologi, og fylkesbarnevernet av en hjelpeideologi.

Modellene med ansvaret lagt til en barneavdeling ble ikke prøvd ut i sin helhet. Det medisinske området har i utgangspunktet en avgrenset plass i arbeidet. Den avgrensede rollen sammen med nyere viten om usikkerhet rundt tolkning av medisinske undersøkelser, er i seg selv viktige faktorer som tilsier at hovedansvaret ikke bør legges til en sykehusavdeling.

De to øvrige hovedmodellene for organisering synes å ha hver sine fordeler:

Fordelene med å legge koordineringsansvaret til *barnevernet* er særlig knyttet til:

- At barnevernet har et hjelpeapparat både på kommunalt og på fylkeskommunalt (evt. regionalt) nivå og at det dermed er lokalisert nær brukerne over hele landet
- At barnevernet er et lavterskeltilbud: Samarbeidsinstanser kan kontakte barnevernet ved bekymringer
- At tjenesten preges av en "hjelpeideologi" som gjør at fagfolk gjerne griper fatt i barns problemer og vil avhjelpe problemene
- At barnevernet har samarbeidsinstanser som har opplysningsplikt
- At barnevernet har en lov som gir en undersøkelsesrett, noe som gir etaten en særstilling

- At etaten gjennom lovverket disponerer et sett av virkemidler som kan beskytte barna mot videre overgrep, f.eks. ulike hjelpetiltak overfor familie, fosterhjemsplassering, omsorgsovertakelse, etc.
- At tjenesten har særlig kompetanse i å "se barnet"
- At tjenesten har som primæroppgave å drive koordinering av tilbud overfor utsatte barn.

Barne- og ungdomspsykiatrien har også flere fordeler:

- Tjenesten representerer høy status overfor samarbeidspartnerne og kan dermed lettere få aksept for ressursbehov, forslag og løsninger.
- De er de fremste på å drive utredning, diagnostisering og behandling av de psykiske problemene barna ofte får etter SO
- De er preget av en behandlingsideologi som fremmer innsatsen til å behandle psykiske ettervirkninger av overgrep.

6.3 Våre vurderinger

Siden oppstarten av prosjekt "Støtte til seksuelt misbrukte barn" har det skjedd mye i norsk forvaltningshistorie som direkte har innvirkning på mulighetsområdet når det gjelder framtidig organisering. Den omfattende omorganiseringen av helsevesenet, særlig regionaliseringsprosessen som ennå ikke er avklart alle steder, har skapt usikkerhet vedrørende spørsmål om organisering av fagområdet. Den parallelle utredningen omkring framtidig organisering av barnevernet har bidratt til ytterligere usikkerhet.

Vi vil også peke på at fagfeltet i løpet av prosjektperioden har blitt satt i sammenheng med andre fagfelt, både i form av Traumeprosjektet og mer generelt til bamemishandling og omsorgssvikt. Når disse spørsmålene nå er i ferd med å bli besvart, ligger det bedre til rette for å få etablert en mer bærekraftig organisering av dette fagfeltet.

Vi konkluderer med at *arbeidet med støtte til seksuelt misbrukte barn har et klart behov for organisering av egne strukturer både på nasjonalt, regionalt og kanskje lavere forvaltningsnivå*. Erfaringene tyder på at fagfeltet er preget av manglende forpliktelse fra lederhold i de ulike instansene og at fagpersonellet har et klart behov for nettverkstilhørighet. Fagfeltet står etter vår vurdering derfor i stor fare for å bli "spist opp" av andre pålagte oppgaver.

De *nasjonale funksjonene* bør derfor etter vår oppfatning organiseres slik at de i størst mulig grad *skjermes* for assimilering av andre mer statusgivende fagområder og av andre "trusler" som budsjettreduksjoner. De beste organisasjonsmodellene i så måte vil være å velge alternativ A eller

C. Alternativ A vil si å organisere arbeidet nasjonalt i et eget autonomt kompetansesenter. Alternativ C innebærer å skille ut disse funksjonene i et eget mest mulig autonomt senter i en større paraplyorganisasjon, det nasjonale traumesenteret.

Tungtveiende forhold taler for øremerkede midler til dette området. Dersom ikke midler øremerket vil innsatsen med all sannsynlighet raskt reduseres og det som er bygget opp vil forvitte, både organisasjonsstrukturer og kompetanse.

Ett hensyn bør etter våre vurderinger veie tungt i vurderingen av framtidig organisering: I og med at arbeid med seksuelle overgrep ofte viser seg å bli valgt bort av fagfolk til fordel for mer statusgivende områder, *ser vi et spesielt stort behov for å høyne fagfeltets status.* Det gjøres ikke ved å integrere fagfeltet i en større enhet. I stedet ser vi et stort behov for å *etablere et nasjonalt kompetansesenter for arbeid med seksuelt misbrukte barn som både driver forskning og klinisk virksomhet, i tillegg til kompetanseutvikling, nettverksbygging og informasjonsformidling.*

Vi ser altså et klart behov for *at det knyttes klinisk virksomhet til et slikt senter.* Dette bør knyttes opp mot regionfunksjonen som legges til det slikt senter. Dette vil ha en nødvendig kompetansegivende funksjon for de ansatte, og bidra til å opprettholde et høyt faglig nivå og et allsidig og mer stabilt fagmiljø. Å drive veiledning, undervisning og informasjonsvirksomhet til behandlere og andre som har direkte kontakt de utsatte barna uten en slik klinisk tilknytning vil etter vår vurdering utvilsomt svekke legitimiteten.

En måte å gjøre det på er å *etableres en poliklinikk i tilknytning til senteret,* da gjerne samlokalisert med poliklinisk virksomhet innen andre fagområder tilknyttet traumesenteret. En annen måte er å ansette personer som i delte stillinger mellom senteret og klinisk virksomhet. Den siste varianten vil ha som en klar ulempe at fagmiljøet ved senteret blir preget av personell som bare delvis er tilstede.

Det bør utvilsomt *ansettes forskere til senteret,* helst med doktorgrad innen feltet. På lengre sikt bør det muligens opprettes et professorat innen emnet. Dermed kan fagfeltets status økes over tid, og det blir mer faglig attraktivt å jobbe med feltet, både nasjonalt og regionalt. Dette tilsier en egen autonom enhet, eventuelt innen et nasjonalt traumesenter.

Problematikken rundt seksuelle overgrep er dessuten faglig sett noe mer enn traumer, noe som understøtter at fagfeltet bør organiseres separat.

Sett ut fra hensynet til fagfeltets sårbarhet, og et samlet ressursbruk, anbefaler vi modell C. Modell C er en blandingsmodell, der noen funksjoner skilles ut som fellesfunksjoner. Kjerneoppgavene bør etter vår

vurdering organiseres i en egen enhet, forbeholdt støtte til seksuelt misbrukte barn: Kompetansesenter for seksuelt misbrukte barn. Bare på den måten vil fagfeltet (inkludert både barneperspektivet og seksuelt misbruksperspektivet) få den nødvendige nasjonale tyngde som er påkrevd.

Når det gjelder erfaringene med hensyn til *organiseringen regionalt*, konkluderer vi med at det ikke er én riktig organisasjonsmodell for dette arbeidet. Slik vi vurderer det, er det ikke organiseringen som ser ut til å bety noe for resultatoppnåelsen, men *at det er engasjerte og dyktige fagfolk regionalt/lokalt som tar et koordineringsansvar*. Dette ansvaret kan legges til barnevernet eller barne- og ungdomspsykiatrien.

Å legge koordineringsansvaret til en barneavdeling på et sykehus ville i noens øyne bidra til å heve fagfeltets status og dermed innsatsvilje. Vi vil likevel ikke anbefale å legge koordineringsansvaret til en sykehusavdeling. Medisinske undersøkelser har vist seg å spille en relativt beskjeden rolle i dette arbeidet. Ansatte ved sykehusavdelinger blir dessuten lett "spist opp" av driften ved avdelingen slik at eksterne samarbeidsoppgaver må nedprioriteres. Som et siste argument vil vi hevde at målgruppen har et større og mer varig behov for oppfølging enn det sykehusene skal og kan utføre. Barnevern og barne- og ungdomspsykiatrien er også i så måte mer aktuelle.

Ut fra de erfaringene vi har fra prosjektarbeidet, ser vi også at suksess ser ut til å henge sammen med stillingsressurs. På bakgrunn av det tilrår vi at det bør være *en fast koordinator i hver region i minimum 50 % stilling*. Vi ser det videre som særlig viktig at arbeidet *sikres kontinuitet*. I hver region bør det derfor ikke bare være én person som har dette som arbeidsfelt. En *"nestkoordinator"* bør utnevnes i hver region og bli orientert og delvis være med i arbeidet. Dermed blir strukturen mindre sårbar for personskifte.

Et *regionalt ansvar* bør omfatte det som har ligget i prosjektmandatet for videreføringen av prosjektet:

- Arbeid med å øke/opprettholde forpliktelsen på høyt nivå i de ulike instansene
 - Ansvar for å få etablert og videreutviklet et behandlingstilbud regionalt
 - Ansvar for at det drives kompetanseutvikling regionalt
 - Ansvar for at det tverrfaglige og tverretatlige nettverket videreføres
 - Ansvar for å etablere og opprettholde konsultasjonsteam eller ressursteam på et passende organisatorisk nivå.
-

For å sikre kontinuiteten og motivasjonen blant fagfolk som gjør en innsats regionalt, foreslår vi også *at det knyttes noen insentiver til innsatsen*. Å delta på nasjonale eller internasjonale konferanser kan være eksempel på slike insentiver. Vi anbefaler derfor at det legges inn en egen "pott" som fordeles til regionale aktører og fagfolk som har jobbet med fagfeltet over en viss tid. Midlene kan fordeles av det nasjonale senteret etter søknad.

7

KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

7.1 Konklusjoner og anbefalinger

Generelt

Iverksettingen av prosjekt "Støtte til seksuelt misbrukte barn" har pågått i en periode som har vært preget av store omorganiseringer i helse-sektoren, både sentralt og lokalt. Parallelt har det vært utredet hvordan barnevernet skal organiseres i framtida. Disse store planlagte og gjennomførte omleggingene har klart preget iverksettingen av prosjektet ved at det har *hersket usikkerhet* om hvordan helsetjenesten og barnevernet skal organiseres og dermed hvordan arbeidet med støtte til seksuelt misbrukte barn best kan organiseres.

Like fullt er vi ganske éntydige i våre konklusjoner: Prosjektet har *kommet langt i måloppnåelse på de aller fleste områder* tatt i betraktning at det har vært relativt beskjedne ressurser til iverksetting.

Kompetanseutvikling

Når det gjelder det første delmålet, kompetanseoppbygging, er det gjennomført *betydelig innsats* i de fem regionene i løpet av de to prosjektårene. *I alt har opp mot 2800 fagfolk deltatt i kompetanseutvikling på området, hvorav 2000 det siste året.* Dette viser hvordan innsatsen har økt betraktelig over en toårsperiode.

Vi finner en del forskjeller mellom regionene når det gjelder hvilke målgrupper kompetanseutviklingen er rettet mot.

Evalueringen viser at det er *stor interesse for undervisning på området*. Antall deltakere og interessen fra fagfolk underbygger dette. Det er også tydelig at de som har deltatt på kurs/samlinger opplever dette som nyttig: Vår avgrensede spørreundersøkelse, som riktignok har en lav svarprosent, gir en etter vår vurdering klar indikasjon på en stor nytteopplevelse blant fagfolk: Av de som deltok i undersøkelsen var det *hele 72% (23 av de 32 som svarte) karakteriserer det de har lært som svært nyttig*.

Videre ser det ut til at fagfolk også i stor grad får brukt det de har lært: Selv om tallmaterialet er lite, er det 88% (25 av 31) som hevder de har brukt noe eller mye av det de lærte. Det er også verdt å merke seg at flere mener at kompetansen i å bruke hjelpeapparatet er blitt høyere.

Til tross for den store innsatsen for økt kompetanse, ser vi at det er et *stort udekket behov for veiledning og mer kompetanseutvikling på området*. Langt på veg er det behov for mer av det som er gjort på området. Utover det ser det ut til å være et særlig behov for kompetanse i å håndtere møtet med barna: å se signaler, samtale med barna og håndtere de konkrete sakene.

Selv om flere av kompetansetiltakene i regionene er blitt gjentatt, er det likevel et stykke igjen til at de kan betegnes som rullerende. Det bør derfor *rettes innsats mot å få til rullerende undervisningsprogram* der regionene bistår hverandre slik at kompetanse og tilnæringsmåter også spres på tvers av regionene.

Innsatsen for å få emnet inn i grunnutdanningen på høgs-kolenivå bør også intensiveres.

Organiseringen

Organiseringen av regionale nettverk viser seg å ha vært en betinget suksess. I tre av de fem regionene har man prioritert å jobbe i en engere tverrfaglig/tverretattlig prosjektgruppe og *ikke aktivisert det store regionale nettverket*. Dette skyldes delvis at prosjektmidlene ikke har strukket til og delvis valg av regional strategi. *I region Sør og Nord har man imidlertid maktet å aktivisere store nettverk, som har vært aktivt med i arbeidet regionalt*. De "smalere" nettverkene (prosjektgruppene) har vært aktive i alle regionene, og mye av innsatsen har vært godt forankret i disse.

Vår evaluering viser tydelig at *det er et utbredt ønske om å etablere eller beholde konsultasjonsteamene*. Spørsmålet om konsultasjonsteamene bør være fylkesvise eller regionvise, er kommet opp som følge av ny organisering av barnevernet og helsetjenesten. Noen av prosjektlederne har erfaring med at regionnivået er for stort i forhold til å drøfte konkrete saker.

Vår vurdering av dette er at *nivået i dette arbeidet ikke er det viktigste, men at noen tar ansvar*. De eksisterende fylkesteamene synes å fungere så godt at det ville være direkte nedbrytende for tjenestetilbudet å løse dem opp. Feltet er såpass sårbart at det er viktig å bygge på det som fungerer bra. Det tar dessuten lang tid å bygge nye strukturer som fungerer. *Innsatsen for å få etablert konsultasjonsteam slik at hele landet er dekket bør etter vår vurdering intensiveres*. Der hvor det ikke er team, f.eks. i Region Vest, kan det være naturlig å bruke bup-områdene til organisering av team. I større byer, derimot, kan det være naturlig med eget team.

Både den forrige satsingen for ti år siden og erfaringene i det nåværende prosjekt "Støtte til seksuelt misbrukte barn" tyder imidlertid på at det fortsatt er *et stort behov for å tydeliggjøre ansvaret for fagfeltet*.

Forpliktelsen til å gi et tilbud til de utsatte barna trenger en ekstra innsats, sannsynligvis langt utover prosjektperioden. Forvaltningen er som vi har sett ennå preget av at feltet "drukner" i andre oppgaver og at man ikke tar ansvar hvis man kan unngå det. Det siste er godt illustrert ved at det i løpet av det siste året ikke er opprettet nye konsultasjonsteam til tross for innsats fra de regionale prosjektlederne. Det er også illustrert ved at prosjektlederne fortsatt erfarer at fagpersonell ikke ser seg i stand til å prioritere dette feltet fordi ledelsen ikke gir prioritet til området.

Vi konkluderer i rapporten følgelig med at *det bør opprettes et eget nasjonalt kompetansesenter for arbeid med seksuelt misbrukte barn* som har følgende oppgaver:

- Koordinering av faglig og organisatorisk nettverk for alle regionene
- Fungere som bindeledd mellom regionene og det nasjonale nivået slik at man vet hva som skjer i de øvrige regionene og sentralt
- Arrangere nasjonale samlinger
- Forskningsvirksomhet
- Klinisk virksomhet for å utvikle metoder i arbeid med barn og unge og deres familier
- Produksjon av læremidler og arbeid for å få temaet inn i fagplaner på høyskole- og universitetsnivå
- Informasjonsvirksomhet gjennom forskningsformidling, nettbaserte informasjonstjenester, artikler, video etc
- Hørings- og rådgivningsinstans for sentrale myndigheter i aktuelle saker

Fagfeltet har slik vi konkluderer *et stort behov for ressursmessig og organisatorisk skjerming*: Det bør dermed organiseres *mest mulig som en autonom enhet* innen det planlagte Nasjonale kompetansesenter for voldso- og traumer. Alternativ A eller C vil (se kapittel 6.1) vil gi en slik skjerming. Ut fra en totalvurdering anbefaler vi alternativ C, der fellesfunksjoner skilles ut, mens kjerneoppgavene organiseres i et nasjonalt kompetansesenter for fagfeltet seksuelt misbrukte barn.

Særlige utfordringer

Selv om den første evalueringsrapporten (og delvis denne) viser at det er ganske stor kontinuitet blant fagfolkene, ser vi at dette er et felt hvor *fagfolk til tider utsettes for større belastninger enn vanlig*. Feltet er i utgangspunktet vanskelig å jobbe med både faglig og personlig. I tillegg er det et område hvor man i svært stor grad opplever ikke å nå fram med

barnas sak. Den siste utfordringen har utvilsomt blitt større de siste årene. Mange av de fagfolkene vi har intervjuet har gjentatt flere ganger at det er blitt atskillig vanskeligere å straffeforfølge en sak de senere årene. Fagfolk er blitt såpass engstelige for erstatningssøksmål som kan følge etter slike straffesaker at det rår en vegring for å "ta fatt i disse sakene" som er bekymringsfull. Dette skyldes både de erfaringer man gjorde i Bjugn-saken, og i en del andre saker. Ikke minst skyldes det at advokater og dommere i stor grad er påvirket av internasjonale strømninger som sier at når barn forteller om seksuelle overgrep bør dette "glemmes".

Vi ser derfor betydningen av at *nettverkene opprettholdes* og at det i tillegg bygges inn en del *insentiver* som hjelper til at fagfolk orker å holde ut i fagfeltet over tid.

På bakgrunn av de alvorlige utfordringene på feltet, ser vi *behov for en innsats på et høyere styringsnivå* enn det som hittil er registrert. Mange av utfordringene kan ikke løses av et nasjonalt kompetansesenter eller regionalt. Vi ser med andre ord behov for at departementene viser noe større styringsvilje på området. Vi nevner:

- *Barnevernet og eller barne- og ungdomspsykiatrien bør få pålagt et klart spesifisert delansvar for å organisere dette arbeidet, slik at begge bidrar økonomisk, men det organisatoriske ansvaret kan plasseres etter regionale ønske. Dette ansvaret er det Barne- og familiedepartementet og Helsedepartementet som i fellesskap bør utrede og komme med et utspill om.*
- *Lovverk og presedenssaker bør gjennomgås med tanke på å se om barnas rettsikkerhet synes å være god nok.*
- *En større innsats for kvalitetssikring av kompetansen til politipersonell og advokater på området er nødvendig. Det bør utvikles egne undervisningspakker rettet mot politifolk og advokater. Dette bør Justisdepartementet sammen med det nasjonale kompetansesenteret ta ansvar for.*
- *Utdannings- og forskningsdepartementet bør støtte arbeidet med å få temaet inn på fagplaner ved høyskoler og universitet. Studenter ved høyskolene (barnevernspedagoger, sykepleiere/helsesøstre, førskolelærere og lærere) bør få innsikt i tegn og symptomer, samt kunnskap om håndtering ved mistanke som en del av grunnutdanningen.*

