

Mette Irmgard Snertingdal

# **Et opplæringsprogram i tidlig intervensjon blir til!**

SIRUS-rapport nr. 5/2012  
Statens institutt for rusmiddelforskning  
Oslo 2012

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) ble opprettet 1. januar 2001 som en sammenslåing av Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) og dokumentasjonsseksjonen og biblioteket i Rusmiddeldirektoratet. SIRUS har som formål å utføre og formidle forskning og dokumentasjon omkring rusmiddelspørsmål, med særlig vekt på samfunnsvitenskapelige problemstillinger. Instituttet er også kontaktpunkt for Det europeiske narkotikaovervåkningssenteret i Lisboa, EMCDDA.

Copyright SIRUS

Oslo 2012

ISBN 978-82-7171-389-8 (trykt)

ISBN 978-82-7171-390-4 (PDF)

ISSN 1502-8178

SIRUS

Pb. 565 Sentrum

0105 Oslo

Besøksadresse: Øvre Slottsgate 2B

Telefon: 22 34 04 00

E-post: [sirus@sirus.no](mailto:sirus@sirus.no)

[www.sirus.no](http://www.sirus.no)

Design og grafisk produksjon:

07 Gruppen 2012

[www.07.no](http://www.07.no)

# Forord

Det har vært en lærerik og begivenhetsrike reise å være følgeforsker i et opplæringsprogram med et nasjonalt nedslagsfelt. Jeg har dyp respekt for engasjementet, handlekraften, fagkunnskapen og ikke minst samarbeidsånden blant de involverte aktørene. Jeg vil gjerne takke den nasjonale arbeidsgruppen for at de så åpent har latt meg følge utviklingsprosessen, tillitten de har vist og det inderlige reisefølget de har gitt på tur rundt i Norge. En spesiell takk går til Solvor og Fride for inkluderende og klok ledelse. Videre takkes de regionale teamene for imøtekommenheten de har vist ute i pilotkommunene og alle spørsmålene de har besvart underveis i prosessen. En varm takk går til alle deltakerne i programmet som har besvart spørreundersøkelsen, og til de som i tillegg har latt seg intervjuet.

I arbeids- og skriveprosessen har jeg fått gode innspill og støtte fra SIRUS-kollega og samarbeidspartner Astrid Skretting, en stor takk til deg. Videre skal følgende kollegaer takkes for at de har lest og kommentert deler eller hele manus: Bergljot Baklien, Marit Edland-Gryt, Grethe Lauritzen, Astrid Skatvedt, Cecilie Basberg Neumann og Pekka Hakkarainen.

Oslo, juni 2012

Mette Irmgard Snertingdal



# Innhold

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Sammendrag .....                                                                      | 7  |
| <b>1 Politisk og faglig ramme</b> .....                                               | 11 |
| 1.1 Programmetts innhold .....                                                        | 14 |
| 1.2 Hva er programmetts målsetninger? .....                                           | 19 |
| 1.3 Hvem er målgruppene? .....                                                        | 20 |
| 1.4 Gangen i rapporten .....                                                          | 21 |
| <b>2 Metode</b> .....                                                                 | 23 |
| 2.1 Problemstillinger .....                                                           | 23 |
| 2.2 Datakilder .....                                                                  | 24 |
| 2.3 Følgeevaluering og forsker som endringsagent .....                                | 28 |
| 2.4 Følgeforskere blikk og analysemetoder .....                                       | 30 |
| <b>3 Pilotgjennomføring og revidering</b> .....                                       | 34 |
| 3.1 Dag en og to Askøy: En pilot blant pilotene .....                                 | 35 |
| 3.2 Hvem skal delta – konsekvenser for utformingen? .....                             | 38 |
| 3.3 Dag tre Askøy: Verktøy må forankres i egne erfaringer .....                       | 39 |
| 3.4 Revidering av dag en, to og tre påbegynnes .....                                  | 40 |
| 3.5 Formalisering av målgruppene .....                                                | 41 |
| 3.6 Dag fire Askøy: Fiendebilder – tverrfaglig samarbeid .....                        | 43 |
| 3.7 Dag en og to Vennesla: Da det meste gikk galt! .....                              | 45 |
| 3.8 Dag en og to Namsos: Super start. ....                                            | 47 |
| 3.9 Lojalitet mot manualen – frihet for utfoldelse? .....                             | 49 |
| 3.10 Dag en, to, tre Skedsmo: For lite rettet mot deltakerne .....                    | 51 |
| 3.11 Dag tre og fire Namsos: Psykisk helse, familievold -en dag hver? .....           | 53 |
| 3.12 Dag tre Vennesla: Tørre å ta tak i vold .....                                    | 57 |
| 3.13 Dag en og to Bodø: Ikke grundig nok på TWEAK .....                               | 57 |
| 3.14 Tilbakemeldinger og nye revideringsrunder .....                                  | 59 |
| 3.15 Dag fire Vennesla: For kort tid til paneldebatten .....                          | 61 |
| 3.16 Dag fire Skedsmo: For kort tid til paneldebatten .....                           | 63 |
| 3.17 Veiledning/videre implementering rykker fram. ....                               | 65 |
| 3.18 Dag tre og fire Bodø: Kursholderne må ha erfaring<br>i å bruke verktøyene! ..... | 65 |
| 3.19 Opplærings- eller introduksjonskurs? .....                                       | 68 |
| 3.20 Dag fem: Kommunene «snakker» tilbake til programmet .....                        | 69 |

|                                                                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>4 Tema på tvers av pilotkommunene</b> .....                                                                  | 72  |
| 4.1 «Konkret og praksisrettet diskusjon!» .....                                                                 | 72  |
| 4.2 «Mer fokus på flyktninger og asylsøkere.» .....                                                             | 75  |
| <b>5 Oppsummerende diskusjoner</b> .....                                                                        | 78  |
| 5.1 Hva er målsetningene, hvem er målgruppene? .....                                                            | 79  |
| 5.2 Har programmet lyktes i å nå de oppsatte mål? .....                                                         | 82  |
| 5.3 Har programmet lyktes i innføring av kartleggingsverktøyene/<br>samtalemetodikkene? .....                   | 82  |
| 5.4 Er det tverrfaglige/tverretatlige samarbeidet styrket? .....                                                | 88  |
| 5.5 Har en lyktes i å bygge opp en undervisning og organisasjon<br>som gjør det mulig å nå målsetningene? ..... | 92  |
| <b>6 Anbefalinger</b> .....                                                                                     | 93  |
| Litteratur .....                                                                                                | 95  |
| Appendiks .....                                                                                                 | 99  |
| English summary .....                                                                                           | 104 |

# Sammendrag

Denne rapporten handler om et opplæringsprogram i tidlig intervensjon, initiert av Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) i et samarbeid med kompetansemiljøene Regionsenter for barn og unges psykiske helse (R-BUP), Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), de regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KoRus) og Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat). Programmet er administrert av en nasjonal arbeidsgruppe bestående av representanter fra de to direktoratene og de nevnte kompetansemiljøene, undervisningen er utført av fem regionale team bestående av representanter fra kompetansemiljøene.

Det overordnede målet med opplæringen er å gi økt kompetanse i identifisering og samtale med gravide og småbarnsfamilier om bruk av rusmidler, psykiske problemer og/eller vold. Det retter seg mot ansatte i kommunen som jobber opp mot gravide og småbarnsfamilier. Programmet består blant annet av undervisning i kartleggingsverktøyene EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), TWEAK (Tolerance, Worried, Eyeopner, Amnesia, K(c)ut down) og AAS (Abuse Assessment Screen), og samtalemetodikkene støttesamtale og motiverende intervju (MI). Opplæringsprogrammet er evaluert i fem pilotkommuner i fem regioner: Askøy fra Region vest, Vennesla fra Region sør, Skedsmo fra Region øst, Namsos fra Region Midt-Norge og Bodø fra Region nord.

Evalueringen bygger på observasjon av alle opplæringsdagene i de fem regionene, sju heldagsmøter i den nasjonale arbeidsgruppa og to to-dagers nasjonale samlinger med alle de regionale opplæringsteamene. I tillegg er det utført 33 kvalitative intervjuer med deltakere i undervisningen, representanter fra alle de fem regionale teamene, samt deltakerne i den nasjonale arbeidsgruppa. Rapporten bygger også på analyser av sentrale dokumenter, og en spørreundersøkelse som ble sendt ut til deltakerne etter fjerde kursdag.

Rapporten er delt inn i seks kapitler, i kapittel en gis en oversikt over programmets politiske og faglige ramme, målgrupper og målsetninger. I kapittel to beskrives metode og problemstillinger.

I kapittel tre fortelles opplæringsprogrammet tilblivelseshistorie ved en kronologisk fremstilling av gjennomføringen av undervisningen i de fem pilotkommunene samt diskusjonene og revideringene disse erfaringene førte til i programmet. Analysen viser hvordan planleggingen ikke bare fant sted før undervisningen ble igangsatt, men preget hele prosessen, at middelet (kartleggingsverktøyene og samtalemetodikkene) var valgt før målsetningene og målgruppene var avklart, og at det kontinuerlig foregikk forhandlinger om problemdefineringen. Opplæringsprogrammet har dermed vært gjenstand for uavbrutte diskusjoner og revideringer i møte med pilotkommunenes krav, forventinger og erfaringer. I denne prosessen har både programmets innhold og organisering vokst frem.

I kapittel fire analyseres noen viktige tema på tvers av pilotkommunene: Hva mente deltakerne med at de ville ha mer konkret og praksisrettet diskusjon og fokus på flyktninger og asylsøkere? Disse temaene er valgt fordi de var viktige for deltakerne og fordi de utdyper spørsmålet om hvorvidt kurset var tilpasset deltakernes arbeidserfaringer og arbeidshverdager.

Kapittel fem gir oppsummerende diskusjoner av hvordan programmet har lyktes i å nå sine målsetninger. For å belyse at det ved pilotperiodens utgang fortsatt hersket uklarhet om målsetningene, reises de innledende spørsmålene på nytt; *Hva er programmets målsetninger og målgrupper?* Arbeidsgruppas representanter samles om at det er viktig å få ut kunnskap til kommuneansatte og at handlingskompetanse står sentralt. Samtidig fremstår begrepet handlingskompetanse som noe tvetydig fordi det ikke tydelig differensieres mellom handlingskompetansen som er påkrevet for å identifisere og hjelpe mødre og småbarnsforeldre med risiko for å utvikle et problem, og handlingskompetansen som er påkrevd for å avdekke og hjelpe mødre og småbarnsforeldre som allerede har et etablert problem.

*Har programmet lyktes med innføring av kartleggingsverktøyene og samtalemetodikken?* Innføringen av kartleggingsverktøyene og samtalemetodikkene i pilotkommunene kan beskrives på følgende måte; ingen av kommunene har innført AAS, alle kommunene unntatt Bodø hadde innført EPDS og støttesamtale før programgjennomføringen, og noen jordmødre i alle pilotkommunene har

innført TWEAK som en følge av programmet. Det er mer uklart hvordan MI benyttes av jordmødrene i forbindelse med TWEAK- kartleggingen.

*Når det gjelder implementeringen av EPDS og støttesamtale, bør denne forstås i lys av at pilotkommunene var modellkommuner. Fire kommuner hadde dermed innført EPDS og støttesamtaler ved helsestasjonene før programmet ble gjennomført.*

*Når det gjelder implementeringen av TWEAK og MI, er disse innført av enkelte jordmødre som følge av opplæringsprogrammet. Samtidig bør det problematiseres om dette er en fullverdig innføring så lenge det kun er jordmor som kartlegger og ikke også fastlegene, som ofte er de som har første konsultasjon med den gravide. Det er også grunn til å problematisere om MI-undervisningen i programmet er tilstrekkelig for at jordmødre skal kunne gi gode motiverende samtaler.*

*Når det gjelder implementeringen av AAS, eller snarere den manglende innføringen av kartleggingsinstrumentet i pilotkommunene, kan det virke paradoksalt at undervisningen om vold i nære relasjoner generelt ble svært positivt mottatt av deltakerne i programmet, samtidig som ingen kommuner innfører kartleggingsinstrumentet. Det er flere mulig tolkninger av dette; at vold i nære relasjoner oppleves som et mer tabubelagt tema å snakke om enn alkohol og depresjon, at avdekking av voldsutsatthet oppleves som etisk uforsvarlig hvis man ikke har adekvat hjelp å gi, og at helsepersonell opplever det som uklart hvordan de kan arbeide forebyggende når det gjelder denne typen vold.*

*Har programmet lyktes i å styrke det tverrfaglige/tverretatlige samarbeidet? Når det gjelder det horisontale samarbeid på direktoratsnivå og i den nasjonale arbeidsgruppen, er det viktig å understreke at programmet er skapt gjennom et unikt samarbeid mellom to direktorater. Det er sjelden kost at direktorater ønsker å samordne sine satsninger, og at de får det til over tid. Medlemmene i arbeidsgruppa har også understreket at ledelsen i de to direktoratene har vært inkluderende og preget av en lydhør lederstil.*

*Når det gjelder det horisontale samarbeid på regionalt nivå, det vil si samarbeidet internt i de regionale teamene, har dette blitt beskrevet noe ulikt i de ulike regionene. Samtidig er dette et samarbeid som generelt beskrives som konstruktivt og inspirerende. Selv om noen medlemmer av de regionale teamene uttrykker at de var nølende til programmet i begynnelsen, har det gjennom pilotperioden etablert seg stabile team rundt i Norge.*

*Når det gjelder det horisontale samarbeid på kommunalt nivå, er det et komplekst bilde som tegner seg i datamaterialet. For det første beskrives en kommunal hverdag hvor mye svikter når det gjelder samarbeid mellom ulike etater. Det beskrives en virkelighet hvor det forekommer ansvarsfraskrivelse, sirkelhenvisninger av komplekse saker, manglende rutiner for samarbeid med sentrale aktører som NAV, knapphet på tid og ressurser, samt uklarhet rundt regelverk. Taushetsplikten er den delen av lovverket som oftest problematiseres av de kommuneansatte og som kan oppleves som en sperre for samarbeid. For det andre setter deltakerne i programmet mest pris på fokuset på det tverrfaglige samarbeidet. Spesielt understrekes betydningen av å få informasjon om hvem de andre i etatene er, hvilke tilbud det kommunale barnevernet og familievernnet har, og hvordan andre etater jobber.*

*Når det gjelder det vertikale samarbeid internt i programmets organisasjon, har også dette endret seg mye undervis i pilotperioden. Formaliseringen av programstrukturen har dermed vokst frem over tid. Dette betyr at definering av roller og ansvarsfordelinger er blitt re-forhandlet og utkrystallisert gjennom prosessen. En sentral brikke i formaliseringen av programmet, er at direktoratene har gitt likelydende formuleringer i henholdsvis oppdrags- og disposisjonsbrev til sine respektive underliggende kompetansemiljø. Alle de regionale teamene har imidlertid ikke blitt hørt og sett like godt av den nasjonale arbeidsgruppa. Dette har i hovedsak handlet om at to av teamene har manglet en representant i arbeidsgruppa. Når det gjelder kommunikasjonen mellom arbeidsgruppa og pilotkommunene har det meste av denne foregått via de regionale teamene. I begynnelsen var den nasjonale arbeidsgruppa noe preget av en «ovenfra og ned» tenkning.*

Kapittel seks gir en oppsummering av anbefalinger gitt i rapporten.

# 1 Politisk og faglig ramme

Denne rapporten handler om et opplæringsprogram i tidlig intervensjon, initiert gjennom et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Bakgrunnen for programmet er å finne både i den nasjonale tidlige intervensjonssatsningen på rusmiddelfeltet og i Regjeringens satsning på barn av psykisk syke og barn av foreldre som misbruker rusmidler. Begrepet tidlig intervensjon springer ut av det medisinske feltet, og bygger på ideen om å identifisere og starte håndteringen av et helseproblem på et så tidlig tidspunkt at problemet forsvinner eller blir begrenset med en svært liten innsats (Sosial- og Helsedirektoratet 2007). Den nasjonale satsningen på tidlig intervensjon på rusmiddelfeltet har som mål å avdekke og gripe inn ovenfor adferds- og rusmiddelproblemer så tidlig som mulig, for på den måten å forhindre en videre problemutvikling. I opptrappingsplanen for rusfeltet som ble lansert høsten 2007, gis Helse- og omsorgsdepartementet følgende oppdrag:

*«Sosial- og helsedirektoratet skal, i samarbeid med berørte direktorat og de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, utvikle og implementere en nasjonal strategi for tidlig intervensjon. Den skal definere målgrupper, arenaer og overordnede strategier for tjenestefeltet (helsetjeneste, sosialtjeneste, skole, barnevern osv.). Strategien skal ha hovedfokus på ferdigheter i tidlig identifisering og henvisning til riktig hjelpeinstans. Et opplegg for å heve kunnskapen om tidlig intervensjon vil være et sentralt element i strategien» (Helse- og omsorgsdepartementet 2007:39).*

I opptrappingsplanen for rusfeltet nevnes også formålet med Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) og Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) samarbeid om satsingen på tiltak for barn av foreldre med psykisk sykdom og rusmiddelproblemer:

*«Formålet er å gi tidligere hjelp til barna, styrke veiledning og kompetanseheving i tjenestene, gi langsiktig oppfølging av barna, øke forskningsaktiviteten, spre erfaringer og stimulere frivillige organisasjoner til tiltak. Tiltak som øker*

*kompetansen når det gjelder identifisering og kartlegging er særlig aktuelle» (Helse- og omsorgsdepartementet 2007:65).*

HOD og BLD skulle dermed gi barn av psykisk syke og/eller rusmiddelmisbrukende foreldre et løft i form av satsing innen hjelpeapparatet. I november 2007 ble det avholdt en oppstartskonferanse for denne satsningen og utdrag fra konferanseinnleggene ble utgitt i heftet «De usynlig barna» (Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet 2007). Her sier tidligere helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen følgende:

*«I Soria Moria-erklæringen gir vi løfte om at barn med psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre skal få oppfølging og hjelp. Målet er at tjenestene skal oppdage og følge opp barn som trenger det på en langt mer systematisk måte enn vi gjør i dag. I 2007 startet vi en flerårig satsing på tiltak for barn og unge som lever i familier der foreldrene sliter med rusproblemer eller psykiske lidelser – eller begge deler. Dette er en satsing på tvers av departementer, etater og ulike tjenester på alle nivåer. Det handler om holdninger, åpenhet, om strategier, gode tiltak og om penger. Målet er tidligere og mer langsiktig hjelp til barna» (Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet 2007: 6).*

Som en del av Regjerings satsing på barn av psykisk syke og/eller rusmisbrukende foreldre, startet dermed BLD i 2007/2008 et forsøk (modellkommuneforsøket) i 26 kommuner. Målsettingen med modellkommuneforsøket var å få på plass et samarbeid mellom de ulike hjelpetjenestene, slik at kommunene kunne komme tidlig inn og legge til rette for en systematisk oppfølging av barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre fra graviditet til skolealder. Bufdir ble gjort ansvarlig for modellkommuneforsøket, og det ble ansatt seks koordinatore, en sentralt i Bufdir og en i hver av de fem barnevernsregionene. Disse barnevernskoordinatorene fikk i oppdrag: *«å arbeide systematisk for å øke kompetansen hos de ansatte i kommunene som møter familiene i hverdagen»* (Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet 2007: 7).

Som en del av den nasjonale satsningen på tidlig intervensjon på rusfeltet jobbet Helsedirektoratet i 2009 frem veilederen *«Fra bekymring til handling»*. Veilederen rettet seg mot ansatte i tjenesteapparatet og hadde som mål å avdekke problemer og hjelpe personer med symptomer på et tidlig tidspunkt.

Med en erkjennelse av beslektede oppdrag, like mål og målgrupper, ble det etablert et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Bufdir.

I februar 2010 inviterte dermed Bufdir og Helsedirektoratet ulike kompetansemiljøer til å delta i utformingen av et felles opplæringsprogram (Helsedirektoratet 2011). De inviterte kompetansemiljøene var som følger; Regionsenter for barn og unges psykiske helse (R-BUP), Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), de regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KoRus) og Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat). Det ble nedsatt en nasjonal arbeidsgruppe bestående av 13 representanter fra de ulike kompetansemiljøene og fra de to direktoratene. Den grunnleggende idéen for organiseringen av opplæringsprogrammet var at en manual skulle utformes av den nasjonale arbeidsgruppa i samarbeid med kompetansemiljøene, og at undervisningen skulle gjennomføres av regionale team sammensatt av representanter fra de samme kompetansemiljøene. Den organisatoriske rammen til programmet kan derfor beskrives via tre nivåer; den nasjonale arbeidsgruppa, de regionale teamene og kommunene. Skjematisk kan dette fremstilles på denne måten:

**Figur 1. Programmets sentrale aktører; direktoratene og kompetansemiljøene, fordelt på tre nivå; nasjonal arbeidsgruppe, regionale team og kommune.**



I begynnelsen av mars 2010 jobbet den nasjonale arbeidsgruppa sammen over tre dager, og resultatene ble presentert for de aktuelle utøvende kompetansemiljøene på en samling 24. og 25. mars (Helsedirektoratet 2011). På denne første samlingen ble de regionale opplæringsteamene etablert. Det regionale teamlederansvaret ble i denne første fasen gitt til Bufetats regionale koordinator fordi direktoratene ønsket å gjennomføre utprøvingen av opplæringsprogrammet i modellkommuner. Disse ble valgt fordi direktoratene antok at de alt hadde startet arbeidet med å gi bedre oppfølging og hjelp til barn av psykisk syke og/eller rusmiddelmissbrukende foreldre. Samtidig hadde flere modellkommuner etterlyst gode kartleggingsverktøy for å komme tidlig inn i problemutviklingsprosesser, og disse var dermed forberedt på opplæring i bruken av slike verktøy. De regionale teamene valgte ut hver sin pilotkommune. Disse fem pilotkommunene var: Vennesla fra Region sør, Askøy fra Region vest, Namsos fra Region Midt-Norge, Skedsmo fra Region øst og Bodø fra Region nord.

## 1.1 Programmetts innhold

Innholdet i programmet har, slik denne rapporten vil vise, vært gjenstand for kontinuerlige diskusjoner og revideringer i møte med pilotkommunenes krav, forventinger og erfaringer. Samtidig består det av en grunnleggende oppbygning som kan beskrives slik: Opplæringsprogrammet er modulbasert. Det består av fem ulike dager. Dag en og to skal følge etter hverandre, mens dag tre og fire bør komme med noen ukers mellomrom. Dag fem er ment som kommunenes egen erfarings og oppsummeringsdag, og er tenkt å komme fire til seks måneder etter dag fire.

Videre består programmet av undervisning i kartleggingsverktøy og samtaleferdigheter. Den nasjonale arbeidsgruppa har valgt ut de tre kartleggingsverktøyene EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), TWEAK (Tolerance, Worried, Eyeopner, Amnesia, K(c)ut down) og AAS (Abuse Assessment Screen)<sup>1</sup>, og samtalemetodikk som støttesamtale og motiverende intervju (MI) (Helsedirektoratet 2011).

EPDS er et kartleggingsverktøy som er utviklet i England for å oppdage symptomer på nedstemthet og depresjon hos kvinner etter fødsel (Cox m.fl. 1987). EPDS er ikke et diagnostisk verktøy, men gjennom opplæring og trening kan jordmødre og

---

<sup>1</sup> Kartleggingsskjemaene følger som vedlegg til rapporten.

helsesøstre oppdage og støtte kvinner som er i risiko for å utvikle fødselsdepresjon (Eberhard-Gran 2001). Kartleggingen består av 10 spørsmål som kvinnen skal besvare ut fra vurderinger av sin egen situasjon. Ut fra svarene kvinnen har gitt, vil helsepersonell gi henne en skår. Kvinner som skårer mellom 0 og 8 er å betrakte som innenfor normalen, kvinner som skårer mer enn 8 blir tilbudt ekstra oppfølging i form av støttesamtale. Støttesamtalen tar sikte på å vise empati, innsikt, forståelse og innlevelse i det kvinnen forteller. Når en kvinne skårer over 11, bør fastlegen imidlertid få beskjed hvis kvinnen ønsker og samtykker til dette. Kvinner som har blitt kartlagt med EPDS, fremhever at de opplever det som positivt å bli spurt om hvordan de har det og opplever at det setter deres situasjon på dagsordenen. Selv om få har behov for fastlegekontakt, blir mødrene sett, og får satt ord på noen av årsakene til at de har hatt nedturer (Eberhard-Gran 2001).

Elliot (1994), Eberhard-Gran (2001) og Slinning (2007) understreker at hvis EPDS skal forvaltes på en faglig og etisk forsvarlig måte, må tre sentrale forutsetninger ligge til grunn. For det først må helsepersonellet som utfører kartlegging ha kunnskap om nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsler. For det andre må helsepersonellet ha opplæring i bruken av instrumentet. Og for det tredje er det viktig at kartleggingsverktøyet inngår som et ledd i en differensiert tiltakskjede med ulike støtte- og behandlingstilbud. Kartleggingen har med andre ord ingen hensikt uten et differensiert og lett tilgjengelig støtte- og behandlingstilbud i kommunen.

TWEAK er et egenrapporteringskjema om alkoholkonsum under svangerskap. Skjemaet består av fem spørsmål, pluss tre tilleggsspørsmål hentet fra AUDIT-C<sup>2</sup>. Alle som har svart på spørreskjemaet skal få en oppfølgingssamtale med begrunnelse for nulltoleranse av alkoholbruk under svangerskapet. Samtalen skal ikke først og fremst oppleves som et kontrolltiltak, men som et tilbud om hjelp. Jordmor, fastlege og helsesøster skal motivere til forandring, utforske hvilket hjelpebehov som finnes og lokalisere kvinnens egne mestringsstrategier. I denne sammenheng skal helsepersonell lære å benytte samtaleteknikken «motiverende samtale/intervju». Motiverende intervju (MI) er en klientsentrert, målorientert metode, som gjennom å utforske og løse opp i ambivalens skal hjelpe til å bygge opp den indre motivasjonen for endring hos klienten. MI ble skapt på Hjelsetadklinikken i 1982, og har blitt videreutviklet på 1990-tallet i tett samarbeid

---

<sup>2</sup> AUDIT- C er kartleggingsverktøyet Alcohol Use Disorder Identification Test.

mellom Stephen Rollnick og Bill Miller (Rollnick, Mason og Butler 1999, Rollnick, Miller og Butler 2007).

En viktig forutsetning for at TWEAK og MI kan innføres i kommunen, er at fastleger rekrutteres til å delta i det tidlige intervensjonsarbeidet. Dette er fordi TWEAK og den motiverende samtalen i etterkant bør gis til alle gravide kvinner ved første svangerskapskontroll, dvs. i uke 5–8, og en stor andel av disse svangerskapskontrollene foretas av fastlege. Selv om det ikke finnes eksakte tall for hvor stor andel av svangerskapskontroller som utføres av fastlege, er det grunn til å tro at de aller fleste førstegangskonsultasjoner av gravide utføres her. I stortingsmeldingen «En gledelig begivenhet» (nr. 12 2008/2009: 4.4.3), henvises det til følgende:

*«takstbruksundersøkelsen (2007/2008) for allmennlege viser at takst for førstegangskonsultasjon ble brukt 57 900 ganger.... Dette betyr at ca. 96 prosent av gravide fikk utført førstegangskonsultasjonen hos allmennlege.»*

For å kartlegge gravide kvinners alkoholkonsum ved førstegangskonsultasjon, er dermed fastlegene svært viktige. I tillegg forutsetter en vellykket innføring av TWEAK og MI at det foreligger samarbeidsavtaler mellom helsepersonell og den kommunale rusmiddelomsorgen, og med spesialisthelsetjenesten, slik at kvinner som trenger oppfølging under svangerskapet vil kunne bli gitt et slikt tilbud.

AAS er et skjema som kartlegger voldsutsatthet under graviditet. Det består av tre kjernespørsmål, pluss tre tilleggsspørsmål. Hjemdal og Engnes (2009) argumenter for at AAS er kort, enkelt og lite ressurskrevende å bruke, og viser til at det har vært brukt med gode resultater i prosjekter i Sverige (Stenson 2004) og Finland (Perttu og Kaseliz 2006). Videre påpeker de at instrumentet er anbefalt av den amerikanske jordmororganisasjonen. I Norge er AAS utprøvd i fire kommuner i Telemark, og utprøvingen ble evaluert av NKVTS. Evalueringen anbefaler bruk av kartleggingsverktøyet og viser at de fleste gravide kvinnene syntes det var akseptabelt å bli stilt spørsmål om voldsutsatthet av jordmor. En forutsetning for at kartleggingen skal kunne gjennomføres, er at det er beredskap i kommunen for å følge opp de voldsutsatte kvinnene, så fremt de selv ønsker det.

Opplæringen i de ulike kartleggingsverktøyene og samtaleferdighetene nedfeller seg på følgende måte innenfor programmets dager:

Dag en starter med å gi kursdeltakerne informasjon om opplæringsprogrammets formål, hvorpå kommunen forteller om hvilke tiltak, samarbeidsfora og samarbeidsrutiner som er etablert, og hvilke forventinger kommunen har til opplæringsprogrammet. Del to av dag en har som formål å gi kursdeltakerne kunnskap om hva som kjennetegner god terapeutadferd og empatisk kommunikasjon, samt trening i kommunikasjonsferdigheter. De generelle kommunikasjonsferdighetene skal danne et utgangspunkt for undervisning i resten av programmet. Denne delen av programmet har KoRus ansvar for.

På dag to skal kursdeltakerne lære å bruke TWEAK for å avdekke bruk av alkohol i graviditet, samt få økt sin kompetanse i å samtale om risikofylt alkoholbruk og tilby hjelp etter behov. På andre del av dag to skal det undervises i Motiverende intervju (MI) med gravide om alkoholbruk. Hovedformålet med denne undervisningen er å gi kursdeltakerne trening i hvordan MI kan brukes i forbindelse med kartlegging av alkoholbruk. Det faglige ansvaret for denne delen av undervisningen er også lagt til KoRus.

Dag tre starter med fokus på psykiske reaksjoner i svangerskap og barseltid, med formål å gi innsikt i fødselsdepresjoner gjennom kartleggingsverktøyet EPDS, samt en introduksjon til støttesamtaler. Det faglige ansvaret for denne delen har R-BUP. Den andre delen av dag tre har som tema å snakke om vold i nære relasjoner for å øke handlingskompetansen på trygg avdekking av slik vold. Det faglige ansvaret for denne delen av programmet har RVTS.

Dag fire har alvorlig og kompleks problematikk som tema. Formålet er å gi økt handlingskompetanse når små barn og foreldre står ovenfor kompleks og alvorlig problematikk. Det faglige ansvaret for denne dagen ligger hos Bufetat, som er representert med både barne- og familievernet.

Dag fem er kommunens erfaringsdag. Dagen er ment å fokusere på konkret bruk av de nevnte verktøyene og eventuelt endrede rutiner i kommunen. Dagen skal dermed sikre oppfølgingen med tidlig innsats ovenfor gravide og små barn. Skjematisk kan dagene presenteres på denne måten.

**Tabell 1. Oversikt over dagene i programmet etter innhold og faglig regi.**

|                 |                                                                               |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dag en</b>   | Presentasjon av kommunen<br>Generell samtalemetodikk<br>Regi: KoRus           |
| <b>Dag to</b>   | Alkohol og graviditet<br>TWEAK og MI<br>Regi: KoRus                           |
| <b>Dag tre</b>  | Fødselsdepresjon og EPDS<br>Vold i nære relasjoner AAS<br>Regi: R-BUP og RVTS |
| <b>Dag fire</b> | Alvorlig og kompleks problematikk<br>Regi: Bufetat                            |
| <b>Dag fem</b>  | Kommunens erfaringsdag med implementering av verktøy og samtalemetodikk       |

Undervisningen skal gjennomføres i kommunen av de regionale teamene, i tråd med kursmanualen. Det er overlappinger mellom medlemmer i den nasjonale arbeidsgruppa og noen av de regionale teamene. Overlappingen kan beskrives slik: En av KoRus-representantene i arbeidsgruppa er også medlem av det regionale teamet i Vest. Denne representanten har dermed både hatt skriveansvar for MI-delen i manualen samt undervist i samme delen av programmet i pilotkommunen i Vest (Askøy). En annen KoRus-representant i arbeidsgruppa er medlem av det regionale teamet i Sør. Denne personen har hatt skriveansvar for TWEAK-delen av manualen, samt undervist i samme del i pilotkommunene i Sør (Vennesla). En representant fra Bufetat i arbeidsgruppa har vært teamleder for det regionale teamet i Øst. Denne personen har hatt et skriveansvar for dag fire i manualen, samt ansvaret for introduksjonen av programmet og dag fire i pilotkommunen i Øst (Skedsmo). Ingen fra de regionale teamene i Midt og Nord-Norge satt i den nasjonale arbeidsgruppa eller hadde direkte skriveansvar i forhold til manualen.

For å sikre implementering av kartleggingsverktøyene i etterkant av programmet, skal de regionale teamene inngå samarbeidsavtaler med kommunene. Samarbeidsavtalen dekker en rekke punkter som for eksempel at kommuneledelsen skal sørge for at målgruppa for programmet deltar, at formålet med programmet nedfelles i virksomhetsplaner i de aktuelle kommunale tjenestene, at det er utarbeidet samarbeidsavtaler med aktuelle fagmiljøer før programmet starter, at det er inngått

veiledningsavtaler med fagpersoner med relevant klinisk kompetanse, og at kommunen har som intensjon å gi tilbud om samtale med den gravide innen 5.-8. svangerskapsuke. Det regionale teamet er også ansvarlig for å kartlegge kompetansebehovet i kommunen, trekke inn relevant fagpersonell, bistå med å utvikle planer og rutinebeskrivelser, ansvaret for undervisningen og oppfølging av veiledere. Det er viktig å påpeke at samarbeidsavtalen med kommunen også har vært gjenstand for revideringer og presiseringer underveis i pilotperioden, slik det vil fremkomme i denne rapporten. Dette gjelder i særlig grad tema som berører veiledning og rollefordeling mellom de regionale teamene og kommunen.

## 1.2 Hva er programmets målsetninger?

I tråd med satsningen på tidlig intervensjon og modellkommuneforsøket, er opplæringsprogrammets overordnede mål å gi økt kompetanse i identifisering og samtale med gravide og småbarnsfamilier om bruk av rusmidler, psykiske problemer og/eller vold i nære relasjoner (Helsedirektoratet 2011). Den nasjonale arbeidsgruppa legger stor vekt på at kommuneansatte som kommer i kontakt med foreldre og barn i risiko, ofte unnlater å handle på grunnlag av bekymring og at dette skyldes mangel på handlingskompetanse hos de kommuneansatte. Programmet sikter derfor mot å gi en slik handlingskompetanse gjennom å innføre de ulike kartleggingsverktøyene og samtalemetodikkene. Videre sikter programmet mot å styrke det tverretatlige samarbeidet i kommunen, et samarbeid som er en forutsetning for en vellykket implementering av kartleggingsverktøyene.

Programmets målsetninger, og balansegangen mellom på den ene siden innføring av kartleggingsinstrumentene, og på den andre siden å legge til rette for tverrfaglig samarbeid, har vært gjenstand for diskusjoner igjennom hele pilotperioden.

I en kunnskapsoppsummering av litteraturen på tidlig intervensjonsfeltet argumenterer Nesvåg m.fl. (2007) for at det finnes flere uklarheter. En slik uklarhet er knyttet til om tiltaket settes i verk på et universelt, selektivt eller indikativt grunnlag. Med universelt grunnlag mener forfatterne tiltak som settes i verk før en definert problemutviklingsprosess kan observeres, rettet mot en gruppe uten kjent forhøyet risiko. Selektive tiltak retter seg mot grupper med identifiserbar forhøyet risiko for problemutvikling, mens indikative tiltak rettes mot personer på en indikasjon om begynnende risikofylt atferd. Videre hevder forfatterne at når det kan observeres symptomer/indikasjoner på at det faktisk er oppstått problemer, beveger tiltaket seg vekk fra tidlig intervensjon og over mot behandling. Overført på dette programmet kan man si at programmet har

målsetninger som peker mot både tidlig intervensjon og mot behandling, samtidig vil en kunne si at programmet som helhet befinner seg i skjæringspunktet mellom tidlig intervensjon og behandling. For å utdype:

Programmets målsetninger bærer i seg flere spenningsfelt og dobbeltheter. For det første bærer de i seg dobbeltheten å oppdage de som er i en risikosone for å utvikle et problem, og å oppdage/avdekke de som allerede har et problem. For det andre bærer det i seg dobbeltheten å endre/hjelpe de som er i en risikosone for å utvikle et problem, og det å behandle/hjelpe de som allerede har utviklet et problem. Balansegangen mellom programmets ulike målsetninger og spenningene mellom det å oppdage kvinner i risiko for å utvikle et problem versus avdekking og hjelp til kvinner som har et etablert problem, har vært gjenstand for kontinuerlige diskusjoner gjennom pilotperioden.

Terje Kleven (1990, 1998 & 2007), som i en årrekke har forsket på politiske planleggingsprosesser, argumenterer for at klare målsetninger avspeiler politiske prioriteringer, mens uklare målsetninger nettopp er ment å være det. Ifølge Kleven er uklare målsetninger nødvendige for å opprettholde handlingsfrihet og manøvreringsmuligheter. I lys av denne innsikten kan man si at utfordringen ved å sette opp et klart målhierarki for opplæringsprogrammet ville innebære at den nasjonale arbeidsgruppa tok standpunkt til de ulike interesser som ligger bak det å oppdage kvinner i risiko versus hjelpe/behandle kvinner som har et etablert problem. Samtidig er det kanskje grenser for hvor mye den nasjonale arbeidsgruppa kan absorbere av slike målavveininger uten at den blir handlingslammet. I denne rapporten utdypes disse problemstillingene blant annet i kapitlet «*Konkret og praksisrettet diskusjon!*», og i de oppsummerende diskusjonene hvor spørsmålet om programmets målsetninger reises på bakgrunn av erfaringene fra pilotkommunene.

### 1.3 Hvem er målgruppene?

Opplæringsprogrammet er rettet mot ansatte i kommunen som jobber opp mot gravide og småbarnsfamilier (Helsedirektoratet 20 011). I utgangspunktet er dette en svært bredt sammensatt gruppe, bestående av ulike profesjoner som sykepleiere, helsesøstre, jordmødre, leger, førskolelærere, pedagoger, spesialpedagoger, sosionomer, barnevernspedagoger, fysioterapeuter, miljøterapeuter, psykologer med mer. Det er også opplagt at en slik ambisiøs sammensatt målgruppe vil ha ulike forventinger, forhåndskunnskaper og yrkes- og arbeidserfaring i møte med et

opplæringsprogram. Det å utforme en undervisning som er tilrettelagt for alle disse, er dermed en svært krevende oppgave.

På samme måte som programmets innhold og målsettinger har vært gjenstand for diskusjoner og forhandlinger, har pilotperioden også vært preget av diskusjoner om hvem som skal være programmets primære målgrupper. I tillegg har det vært diskutert hvor mange som skal delta på opplæringen og om de som deltar skal følge alle kursdagene, eller om noen dager skal være øremerket for spesifikke målgrupper. Uklarheten og uviljen som var tilstede innledningsvis i den nasjonale arbeidsgruppa mot å prioritere mellom ulike målgrupper, må ses i sammenheng med uklarheter knyttet til programmets målsetninger. Dette fordi en prioritering mellom målgrupper også gir anvisninger til prioriteringer mellom målsetninger. Hvis hovedmålsetningen med programmet er å innføre kartleggingsverktøyene og samtalemetodikken, vil de opplagte målgruppene være leger, jordmødre og helsesøstre, da det først og fremst er disse yrkesgruppene som har en kontakt med gravide og småbarnsforeldre der bruk av slike verktøy er aktuelt. Hvis det derimot er utviklingen av tverrfaglig/tverretattlig samarbeid samt styrking av kompetansen på kompleks problematikk som er hovedmålsetningen, vil det være ønskelig med en bredt tverrfaglig sammensatt målgruppe. I denne rapporten vil jeg vise hvordan nødvendigheten av å prioritere mellom ulike målgrupper vokste frem i møte med den kommunale virkeligheten. Tilsvarende spørsmålet om målsetninger, diskuteres målgruppene i kapittel fem, *Oppsummerende diskusjoner*, i lys av erfaringene fra pilotkommunene. Denne fremstillingsformen er valgt fordi presiseringene av målgruppene har vokst frem igjennom pilotperioden.

## 1.4 Gangen i rapporten

I kapittel to redegjør jeg for rapportens metodiske tilnærming ved å beskrive problemstillinger, diskutere rapportens datakilder, reflektere over følgeforskningen, samt problematisere følgeforskerens blikk og analysemetoder.

I kapittel tre gir jeg en beskrivelse av gjennomføringen av de ulike dagene i programmet i de fem pilotkommunene. Her tar jeg lesere med på en etnografisk reise gjennom dagene og de påfølgende debattene som disse erfaringene aktualiserte for den nasjonale arbeidsgruppa. Den kronologiske historien er her det bærende elementet, og er ment å gi lesere adgang til å følge programmets tilblivningsprosess. Dette er en prosess hvor planlegging ikke bare var forbeholdt tiden før undervisningen satte i gang, hvor valg av kartleggingsverktøy og samtaleferdigheter

(virkemidler) var tatt før målsetninger og målgrupper var avklart, hvor programmets innhold stadig ble revidert og hvor programmets organisering vokste frem i takt med erfaringene som ble gjort i pilotkommunene.

I kapittel fire gis analyser av to viktige tema på tvers av pilotkommunen. Disse er: Hva menes med konkret og praksisrettet diskusjon? Og hva menes med mer fokus på asylsøkere og flyktninger? Dette er tema som er valgt fordi de var spesielt viktige for deltakerne, og viser noen av utfordringene programmet står ovenfor i møte med en kommunal arbeidshverdag.

I kapittel fem griper jeg tilbake til innledningen og reiser igjen spørsmålene: Hva er programmets målsetninger og målgrupper? Disse temaene diskuteres på nytt i lys av erfaringene fra pilotkommunene. I tillegg diskuteres hvorvidt programmet har lyktes i å nå sine målsetninger: Har programmet lyktes med innføringen av kartleggingsverktøyene og samtalemetodikken? Og har programmet lyktes i å styrke det tverrfaglige/tverretatlige samarbeidet? Avslutningsvis diskuteres også spørsmålet: Har de to direktoratene lyktes i å bygge opp en undervisning og en organisasjon som gjør det mulig å lyktes med målsetningene?

I kapittel seks gis en oppsummering av anbefalingene som er gitt i rapporten.

## 2 Metode

### 2.1 Problemstillinger

Sommeren 2010 tok Helsedirektoratet kontakt med SIRUS med en forespørsel om å følgeevaluere opplæringsprogrammet. Helsedirektoratet ønsket at SIRUS skulle følge undervisningen i pilotkommunene og gi tilbakemeldinger underveis, slik at programmet eventuelt kunne endres. I dialog med Helsedirektoratet ble følgeevalueringen ut fra dette gitt et todelt fokus. Det første er rettet mot opplæringsprogrammets konkrete aktiviteter, det vil si en vurdering av gjennomføringen av programmet. Sentrale problemstillinger er: Hva lykkes/lykkes ikke ved gjennomføringen av opplæringen? Hvem er deltakerne, og rekrutteres de tiltenkte målgruppene? Er opplæringen tilpasset deltakernes arbeidshverdag? Hvilke endringer, revideringer og tilpasninger ble gjort underveis i prosessen og med hvilke begrunnelser?

Det andre er rettet mot prosjektets mål, arbeidsmetodikk og organisering. Relevante problemstillinger i denne sammenheng er: Lykkes programmet i å nå sine målsetninger? Hvordan fungerer det tverrfaglige og tverrsektorielle samarbeidet på ulike nivåer? Hvordan har samarbeidet mellom den nasjonale arbeidsgruppa og de regionale teamene fungert? Hvordan har samarbeidet mellom regionale team og kommunen fungert? Hvilke tydeliggjøringer, endringer og revideringer er blitt foretatt av de organisatoriske rammene for opplæringsprogrammet underveis?

Med utgangspunkt i disse problemstillingene vil jeg beskrive og analysere opplæringsprogrammets tilblivelseshistorie og vurdere hvorvidt en har lykkes i å nå de sentrale målsetningene i løpet av pilotperioden.

I evalueringslitteraturen skilles det ofte mellom formative og summative evalueringer (Scriven 1967). Formative evalueringer har som mål å gi tiltaks-/programutviklerne verdifull og nyttig informasjon underveis, mens prosessen fortsatt kan påvirkes. Mens summative evalueringer gir vurderinger av et tiltaks /

programms verdi eller meritter i forhold til satte kriterier (målsetninger) (Scriven 1967). Baklien (2004) argumenterer for at skillet mellom formative og summative evalueringer ikke er absolutt, fordi det i følgeevaluering gjøres begge deler. Forsker følger prosessen underveis og oppsummerer resultatene i etterkant. I tråd med Bakliens (2004) observasjoner, gir jeg både en formativ evaluering, ved å beskrive hvordan programmet har blitt endret underveis, og en summativ evaluering, ved avslutningsvis å drøfte hva som er programmets målsetninger og hvorvidt programmet har lyktes i å nå disse målsetningene.

## 2.2 Datakilder

Fra den andre nasjonale samlingen av de regionale teamene i Oslo 13. og 14. september 2010 og frem til 20. mars 2012, har jeg fulgt utviklingen av programmet og gjennomføringen av opplæringen i fem pilotkommuner i fem regioner. Rapporten bygger på denne følgeforskningen, og på tre andre datakilder, til sammen fem kilder:

1. Observasjon av opplæringsprogrammet i alle de fem pilotkommunene
2. Observasjon og deltakelse på alle møter i den nasjonale arbeidsgruppa i samme tidsperiode.
3. Kvalitative intervjuer med kursdeltakere, kursholdere og representanter fra arbeidsgruppa.
4. Dokumentanalyse av sentrale kilder, (møtereferater, kursmanual osv.)
5. Spørreundersøkelse sendt til deltakerne på kurset etter fjerde kursdag.

Observasjon og deltakelse har gitt systematisk kunnskap om hvordan opplæringen ble iverksatt, endringene som blir foretatt underveis og resultatene som ble skapt. Det å følge undervisningen i pilotkommunene har sikret en nærhet til hva som har skjedd. En styrke med deltakende observasjon er at den gir detaljert kunnskap om handlings- og interaksjonsmønstre (jf. Hammersley og Atkinson 1987). Samtidig har det gitt meg muligheten til å spørre om hvorfor de involverte gjør som de gjør, og sier det de sier. Observasjon av undervisningen har også gitt detaljert informasjon om atmosfære, engasjement, dialog mellom kursholder og deltakere, hvilken type spørsmål som ble reist og besvart, hvilket budskap som ble formidlet, tempo på undervisningen og deltakernes umiddelbare reaksjoner på undervisningen. I tillegg har jeg kunnet observere lokalene som ble brukt i undervisningen og vurdere deres egnethet.

Videre har jeg gjennom følgeevalueringen blitt godt kjent med de involverte aktørene, og har hatt mange timer sammen på reise til de ulike pilotkommunene, på flyplasser og i sosialt samvær og samtaler på hotell om kveldene. Jeg har utført utallige feltsamtaler med kursholdere, deltakere og representanter fra den nasjonale arbeidsgruppa. Feltsamtaler defineres som uformelle samtaler der forsker ofte snakker like mye som hun spør (Wadel 1991). Selv om det ikke refereres direkte til disse samtalene, har de vært viktige for å fange opp tema, klargjøre standpunkter, og ikke minst har de gitt en bedre forståelse og oversikt over en til tider forvirrende og uklar prosess. I disse samtalene var medlemmene i arbeidsgruppa, deltakerne i de regionale teamene og deltakere på opplæringen ofte opptatt av om jeg hadde forstått situasjoner «riktig» (jf. Hammersly og Atkinson 1987). Slik samtaler fungerte i mange sammenhenger svært klargjørende.

I alt har jeg deltatt på 24 opplæringsdager<sup>3</sup>, sju heldagsmøter i den nasjonale arbeidsgruppa og to to-dagers nasjonale samlinger med alle de regionale opplæringsteamene. I tillegg har jeg deltatt på en to-dagers samling med de regionale teamet i Sør. Dette datagrunnlaget danner hovedkilden for å beskrive og analysere gjennomføringen av opplæringsdagene i pilotkommunene og endringene dette førte til. Skjematisk kan observasjonen vises på følgende måte.

**Tabell 2. Dato for observasjon av gjennomføringen av opplæringsprogrammets fem dager etter region og kommune.**

|                  | Vest: Askøy      | Sør: Vennesla   | Midt: Namsos     | Øst: Skedsmo     | Nord: Bodø    |
|------------------|------------------|-----------------|------------------|------------------|---------------|
| <b>Dag en:</b>   | 6. oktober 2010  | 7. februar 2011 | 10. februar 2011 | 16. februar 2011 | 29. mars 2011 |
| <b>Dag to:</b>   | 7. oktober 2010  | 8. februar 2011 | 11. februar 2011 | 8. mars 2011     | 30. mars 2011 |
| <b>Dag tre:</b>  | 28. oktober 2010 | 10. mars 2011   | 3. mars 2011     | 9. mars 2011     | 9. mai 2011   |
| <b>Dag fire:</b> | 19. januar 2011  | 13. april 2011  | 24. mars 2011    | 14. april 2011   | 30. mai 2011  |
| <b>Dag fem:</b>  | 25. mai 2011     | 13. sept. 2011  | 8. sept. 2011    | 19. oktober 2011 | 20. mars 2012 |

I tillegg til observasjoner og feltdeltakelse, har jeg utført 33 kvalitative intervjuer med deltakere i undervisningen, representanter fra alle de fem regionale teamene, samt deltakerne i den nasjonale arbeidsgruppa, basert på en intervjuguide / temaliste tilpasset hver av gruppene. Deltakerne i undervisningen ble stilt spørsmål om innholdet i programmet, relevansen av kurset for egne arbeidsoppgaver,

<sup>3</sup> Dag fem i Vennesla ble fulgt av en SIRUS-kollega.

kartleggingsverktøyene og samtalemetodikken, samt samarbeidsrutiner i kommunen i tilknytning til komplekse saker. Intervjuene ble i hovedsak utført mellom fjerde og femte kursdag. Intervjuene danner grunnlaget for de utdypende kapitlene: «Mer fokus på flyktninger og asylsøkere» og «Konkret og praksisrettet diskusjon!».

Med unntak av representanter fra teamet i Nord-Norge, som ble intervjuet etter fjerde kursdag, ble intervjuene med representanter fra de regionale teamene utført etter gjennomføringen av hele kursrekken. De ble stilt spørsmål om hvordan de opplevde undervisningen, det tverrfaglige samarbeidet i sine respektive regionale team, samarbeidet med den nasjonale arbeidsgruppa og samarbeidet med pilotkommunene. Disse intervjuene er grunnlaget for de mer utdypende analysene av de ulike regionale teamenes posisjon i programetableringsprosessen.

Intervjuene med den nasjonale arbeidsgruppa ble utført i januar 2012. De ble stilt spørsmål om bakgrunnen for at de ble med i arbeidsgruppa, hvordan de hadde opplevd det tverrfaglige samarbeidet i gruppa, hvordan dette hadde utviklet seg, hva de mente de hadde lyktes med i programutformingen og implementeringen, hva de mente programmets målsetninger var, hvorvidt målsetningene var nådd og hva som var programmets utfordringer for fremtiden. Intervjuene med arbeidsgruppa danner grunnlaget for beskrivelser og analyser av arbeidet med kursmanualen, revideringsrunder og det tverrfaglige samarbeidet i den nasjonale arbeidsgruppa, samt for diskusjoner om programmets målsetninger og måloppnåelse.

Rapporten bygger også på analyser av sentrale dokumenter. Kursmanualen (ved ulike utgaver) har vært et sentralt dokument i arbeidet med å beskrive hvordan den nasjonale arbeidsgruppa jobbet i pilotperioden. Møtereferater og feltnotater har dannet grunnlaget for den kronologiske fremstillingen av hendelser.

Videre ble en spørreundersøkelse i form av Questback sendt ut til deltakerne oppført på de ulike deltakerlistene fra pilotkommunene. Spørreundersøkelsen inneholdt spørsmål om deltakerne opplevelse av kursets ulike dager, dets relevans og faglige innhold. Spørsmålene i undersøkelsen ble lagt frem og diskutert i den nasjonale arbeidsgruppa på flere møter. Spørreundersøkelsen ble sendt ut etter fjerde kursdag. Hovedbegrunnelsen for å sende ut spørreundersøkelsen etter fjerde kursdag, og ikke etter femte, var at arbeidsgruppen ønsket fortløpende tilbakemeldinger om hvordan kurset ble mottatt ute i pilotkommunene, og i utgangspunktet ønsket de en mulighet til revidering av manualen mellom fjerde og

femte kursdag. Jeg frarådet imidlertid å kjøre en spørreundersøkelse etter hver av kursdagene, da dette ville medføre mye tilbakemeldingsarbeid for deltakerne, og en mulig fallende svarprosent.

En svakhet ved spørreundersøkelsen er at det ikke finnes oversikt over hvor mange som har deltatt på undervisningen og hvilke dager de har deltatt, selv om dette ved gjentatte anledninger ble tatt opp med den nasjonale arbeidsgruppa. Konsekvensene av manglende registreringsrutiner var at jeg fikk e-postlister som inneholdt mangelfulle opplysninger og direkte feil, med navn på personer som selv rapporterte tilbake at de ikke hadde gått på kurset. I de ulike kommunene har deltakerlisten også vært av varierende kvalitet. Noen lister så mer ut som invitasjonslister eller påmeldingslister, i stedet for faktiske deltakerlister. I Region vest – Askøy – var deltakerlisten svært mangelfull. Den bestod blant annet av felles e-postadresser for mange av deltakerne, noe som umuliggjorde en undersøkelse sendt til enkeltpersoner. I Region øst – Skedsmo – og i Region nord – Bodø –, som var de siste kommunene til å gjennomføre programmet, hadde de bedre registreringspraksis på deltakerne, men også disse deltakerlistene inneholdt feil og mangler. Oppsummert kan deltakelse i spørreundersøkelsen beskrives på følgende måte:

I Region vest, Askøy kommune, ble spørreundersøkelsen sendt til 109 e-postadresser. Jeg fikk 46 feilmeldinger, det vil si at undersøkelsen ble sendt til 63 personer. Dette genererte 21 svar. Dette tilsvarer en svarprosent i Askøy på 33 %.

I Region sør, Vennesla kommune, ble spørreundersøkelsen sendt til 25 personer. Jeg fikk feilmeldinger fra 4, det vil si at undersøkelsen ble sendt til 21 personer. Dette genererte 14 svar. Svarprosenten i Vennesla var dermed 67 %.

I Region Midt-Norge, Namsos kommune, fikk jeg en liste på 67 e-postadresser og fikk sju feilmeldinger det vil si at spørreundersøkelsen ble sendt til 60 personer. Dette genererte 33 svar. Svarprosenten i Namsos var dermed 55 %.

I Region øst, Skedsmo kommune, fikk jeg en deltakerliste med 44- e-postadresser, av disse fikk jeg 5 feilmeldinger. Det vil si at undersøkelsen ble sendt til 39 personer. Dette genererte 30 svar. Svarprosent i Skedsmo var dermed på 77 %.

I Region nord, Bodø kommune, ble questbacken sendt til 67 personer. Dette genererte 5 feilmeldinger og 44 svar. Dette tilsvarer en svarprosent i Bodø på 71 %.

En annen svakhet med spørreundersøkelsen er at den ikke «måler» effektene av et stabilt og identisk produkt (undervisningen). Poenget er at undervisningen har vært svært forskjellig i de fem pilotkommune, slik at direkte sammenlikninger av deltakernes svar ikke gir mening. Et eksempel på dette er at i region Sør, Vennesla kommune, var det 1 av 14 deltakere som svarte ja på spørsmålet om første kursdag var godt tilpasset deres arbeidssituasjon, mens det i Region Midt-Norge, Namsos, var 19 av 24<sup>4</sup> deltakere som svarte ja på det samme spørsmålet. Jeg vil i rapporten vise at undervisningen i disse to regionen var svært ulik, noe som betyr at selv om deltakerne i Sør og Midt-Norge svarte på de samme spørsmålene, vurderte de ulike forhold.

Selv om det er store svakheter med spørreundersøkelsen, vil den bli brukt til å beskrive deltakerne som svarte og deres generelle tilfredshet med kurset. I tillegg har jeg valgt å legge stor vekt på tilbakemeldingene fra deltakerne på de åpne spørsmålene. Disse er som følger: Hva var det viktigste du lærte på kurset? Har du konkrete forslag til hvordan kurset kan bli bedre? Begrunnelsen for dette er at totalt 139 deltakere har svart på undersøkelsen, og mange av disse deltakerne har benyttet anledningen til å gi lange og gode begrunnelser for sine vurderinger av opplæringskurset. Dette er viktige tilbakemeldinger i en evaluering. Samtidig er det viktig å påpeke at deltakernes vurderinger kontekstualiseres ved å beskrive likheter og ulikheter i gjennomføringen av undervisningen i de ulike pilot-kommunene.

Evalueringen er meldt til, og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig Data-tjeneste (NSD), og følger ellers regelen fra den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsfag og humanioras retningslinjer (NHES).

## 2.3 Følgeevaluering og forsker som endringsagent

Sletterød (2000) hevder at følgeevaluering er egenartet når det gjelder flere aspekter. For det første når det gjelder kommunikasjon og tilbakemelding mellom forsker og partene i et pågående prosjekt. I evalueringen har jeg stått i dialog med den nasjonale arbeidsgruppa gjennom hele pilotperioden. I tillegg har jeg vært i dialog med de regionale opplæringsteamene gjennom deltakelse i opplæringen i kommunene og ved å gi tilbakemeldinger til opplæringsteamene på en samling i

---

<sup>4</sup> At det bare er 24 personer som har svart på dette spørsmålet i Namsos selv om det var 33 deltakere som svarte på undersøkelsen totalt i Midt-Norge, skyldes at ikke alle respondentene deltok på alle dagene i kurset.

Oslo i oktober 2011. For det andre hevder Sletterød (2000) at følgeevalueringen er egenartet fordi den fokuserer på kunnskapsutvikling og har en brukerorientering av kunnskapen. I denne evalueringen samler jeg inn data fra deltakerne i opplæringen gjennom å være tilstede under undervisningen, gjennom kvalitative intervjuer og en spørreundersøkelse (questback), og dermed ivaretas et brukerperspektiv. Datamaterialet dannet også utgangspunktet for tilbakemeldingene til programskaperne og således til revideringer av programmet.

Lindøe (1997) har påpekt at når en forsker går inn og endrer prosessene som studeres, går hun inn i et vanskelig terreng, og det krever at hun er bevisst hva hun gjør og at hun reflekterer over hvilke posisjoner eller roller hun tar i en endringsprosess. I Finland har Marja Holmila m.fl. (2008), som i en årrekke har forsket på, og evaluert ulike forebyggings tiltak, utkrystallisert tre ulike forskerposisjoner forsker kan innta i slike prosjekt: Den passive observatøren, som kjennetegnes av passiv observasjon. Teknisk assistent, som kjennetegnes av at forsker inntar en posisjon hvor hun peker på uklarheter i programgjennomføringen, og forsøker å tydeliggjøre disse. Og til slutt – en aktiv deltakelse, som kjennetegner en posisjon hvor forsker trekker på hele sitt repertoar for å gi en gjennomarbeidet analyse. Arnesen (1993) har påpekt at når forsker inntar en aktiv deltakende posisjon, kan hun ikke opptre som allvitende. Hun kan dermed ikke avgjøre hvordan en aktør skal handle bedre enn aktøren selv. Det forsker derimot kan, er å bidra med begreper, modeller, samle empiri samt utvikle perspektiver og problematiseringer (Sletterød 2000).

I evalueringen av opplæringsprogrammet kan disse ulike posisjonene beskrive ulike faser av forskningsprosessen og ulike nivåer i prosessen. Jeg var for det meste passivt observerende under undervisningen i pilotkommunene, mens jeg befant meg mellom posisjonen teknisk assistent og aktiv deltakelse når jeg ga tilbakemeldinger til den nasjonale arbeidsgruppa og de regionale teamene. Under skrivearbeidet trakk jeg meg vekk fra feltet og inntok en mer distansert og reflekterende posisjon.

Et viktig spørsmål i denne sammenheng er hvorvidt tilbakemeldinger som ble gitt, endret opplæringsprogrammet og prosessene rundt innføringen av kartleggingsverktøyene. Jeg vil vise hvordan tilbakemeldingene gitt til den nasjonale arbeidsgruppa har ført til revideringer i manualen og i programmet. På sett og vis følger dette de ideelle fordringene i følgeevaluering. Samtidig er det viktig å påpeke at den nasjonale arbeidsgruppa og de regionale teamene har bedrevet en utstrakt

egenevaluering gjennom pilotperioden. Ett eller flere medlemmer har fulgt undervisningen i pilotkommunene og har ofte deltatt på oppsummeringsmøter i etterkant. I tillegg har det vært hyppig dialog om gjennomføringen i pilotkommunene mellom de regionale teamlederne og den nasjonale arbeidsgruppen. Dette innebærer at forskers evalueringer ikke har hatt en monopolistisk posisjon, det er snarere slik at tilbakemeldinger gitt fra forsker underveis har ført til konkrete endringer så fremt de sammenfaller med de sentrale aktørenes egne vurderinger. Rapporten vil også vise eksempler på at mine vurderinger og anbefalinger underveis ikke ble tatt til følge av den nasjonale arbeidsgruppa. Eksempelvis har jeg gjennom hele prosessen etterlyst et klarere fokus på kjønn og etnisitet i undervisningen, uten at dette har blitt fokusert på.

## 2.4 Følgeforskers blikk og analysemetoder

Pålshaugen (1994) hevder at evalueringer alltid formes av forskers «blikk». Dette «blikket» er dannet av forskers problem- og kontekstforståelse. Samtidig er forskers «blikk» rettet mot ulike deler av prosessen, og gir dermed et avgrenset fokus. Mitt «blikk» som følgeforsker har endret retning underveis i pilotperioden. Mens jeg fulgte programmet, og som en del av å innta en teknisk assistentposisjon, var blikket rettet mot hva og hvordan ting kunne gjøres tydeligere og klarere i undervisningen og i gjennomføringen av denne. I dette analysearbeidet var jeg opptatt av å få frem den røde tråden i programmet, og bidra til at arbeidsgruppa kunne sikre helhet og sammenheng mellom de ulike kompetansemiljøenes bidrag og de ulike dagene i programmet. Den analytiske enheten var de ulike dagene i programmet. Dagene i de ulike pilotkommunene dannet dermed den ordnede dimensjonen for analysen. Det vil si at jeg sammenliknet hvordan dagene ble mottatt av deltakerne i de ulike kommunene for å kunne gi tilbakemeldinger om hvordan manualen burde endres/revideres. Dette «teknisk assistentblikket» har vært nyttig underveis i pilotperioden for å kunne gi tilbakemeldinger til den nasjonale arbeidsgruppa. Samtidig var kanskje forskerblikket i for stor grad rettet mot detaljer i undervisningen, og dermed for lite rettet mot de pågående prosessene mellom arbeidsgruppa, regionale team og pilotkommunene. Med andre ord, for lite rettet mot historien om hvordan opplæringsprogrammet har blitt til i pilotperioden.

I evalueringsrapporten har jeg et «tilbakeskuende blikk», som i mye større grad er rettet mot historien om hvordan programmet er endret underveis og hvordan disse endringene kan forstås. I dette analysearbeidet har jeg benyttet et kronologisk

ordensprinsipp. Denne måten å presentere data på gir detaljerte beskrivelser av hendelser i en kronologisk rekkefølge (jf. Hammersley og Atkinson 1987). Jeg har valgt denne analytiske inngangen for å fremheve og tydeliggjøre endringsprosessene. Den kronologiske fremstillingen synliggjør både hvordan undervisningsdagene ble gjennomført i de ulike pilotkommunene, og hvordan den nasjonale arbeidsgruppa arbeidet i den samme perioden. En slik tilnærming åpner dermed for å tolke opplæringsprogrammets tilblivelse som en kompleks, flernivå og nokså ufullstendig forhandlingsprosess. Forhandlingsprosessen er ufullstendig i betydningen av at den ikke har et klart avgrenset endepunkt, og ved at det hersker uklarhet om målsetninger og målgrupper også ved pilotperiodens avslutning.

Mitt analytiske blikk har i denne delen av arbeidet selvsagt ikke bare blitt formet av empirien, men er sterkt påvirket av perspektiver og forskningsbidrag som problematiserer både en logisk-analytisk beslutningsmodell (Kleven 1998, 2007, 2011), og en ovenfra og ned implementeringsmodell (Elmore 1979, Winter 1990, May 2003).

I klassisk implementeringsteori (Pressmann og Wildavsky 1973) defineres implementering som forholdet mellom uttalte mål og handlingen som blir utført for å nå målene. Forsker identifiserer hvilke faktorer som letter eller hindrer tiltak eller programmer å settes ut i livet. Ofte gjøres slike studier fra et ovenfra og ned-perspektiv som er sentrert rundt tiltaksskaperne (politikere og byråkrater) og deres perspektiv (Palumbo og Calista 1990). Slike studier begynner på toppen, hos tiltaksskaperne, med å formulere en så klart uttrykt intensjon eller målsetning som mulig. Deretter analyseres trinnene i implementeringen, ut fra klart definerte delmål. Når tiltaket er innført, vurderes hvilke mål som er nådd, og disse vurderes mot de opprinnelig uttalte intensjonene med tiltaket (Elmore 1978).

En hyppig brukt ovenfra og ned evalueringsmodell, er den såkalte CIPP-modellen. Den skriver seg fra en av evalueringsklassikerne, Daniel Stufflebeam (2002), og ble første gang presentert i 1971. Den ble utviklet spesielt for å evaluere opplærings-tiltak. CIPP-modellens hovedpoeng er at evalueringer, og spesielt evalueringer av opplæringsprogrammer, må bry seg om de fire CIPP-elementene, som er «context», «input», «process» og «product». Begrepet «context» henviser til at forsker bør evaluere hvordan problemdefineringen foretas. Begrepet «input» refererer til at forsker bør evaluere planene man utarbeider for å løse eller endre problemet. Begrepet «process» viser til at forsker bør evaluere implementeringsprosessens, og begrepet «product» henviser til at forsker også bør evaluere hvilke resultater som oppnås. I en litteraturgjennomgang av ulike evalueringsmodeller, argumenterer

Crabbè & Leroy (2008) for at CIPP-modellen er en ideell modell, som forutsetter en logisk-analytisk beslutningsprosses hvor de ulike elementene i modellen kan holdes fra hverandre, måles, og at de kronologisk følger etter hverandre i tid. Det vil si at problemdefinering og planlegging er faser som går forut for implementering og resultater. Dette er ideelle forhold som ikke er oppfylt i dette opplæringsprogrammets tilblivelse. For å utdype:

Et problem med ovenfra og ned tilnærminger generelt, og CIPP-modellen spesielt, er at de ikke tar høyde for at prosesser kan ha flere målsetninger, et flertydig språk preget av motstridene interesser og ideologier samt en kompleks implementeringsstruktur (May 2003, Crabbè & Leroy 2008). Et liknende argument finnes hos Kleven (2007) som problematiserer gapet mellom norm og virkelighet i planleggingsprosesser. Et ovenfra og ned perspektiv forutsetter en logisk rekkefølge av problemdefinering, utvelgelse av middel og definering av målsetninger. Denne logikken brytes ofte mot erfaringer fra praksis, fordi virkeligheten *«roter til logikken i en rasjonell modell»* (Kleven 2007:37).

Selv om jeg i denne rapporten starter hos programskaperne (den nasjonale arbeidsgruppa), og gir vurderinger av måloppnåelse, vil jeg samtidig vise at opplæringsprogrammet har vokst frem gjennom revideringer av innhold og målgruppe, samt diskusjoner om målsetning. Disse prosessene har vært preget av uklare og motstridene målsetninger, flertydig språk og kontinuerlige forhandlinger om problemdefinering. Ved en kronologisk fremstilling av hendelsesforløpet, tydeliggjør jeg at planleggingen ikke bare fant sted før undervisning ble igangsatt, men preget hele pilotperioden. Videre tydeliggjøres at valg av kartleggingsverktøy og samtalemetodikk (midlene) var foretatt før en avklaring av problemdefinering, målsetningene og målgrupper, at forståelsene av mål og måloppnåelse var svært tvetydige, og at det ved utgangen av pilotperioden fortsatt hersket uklarhet om målsetningene.

I analysen av undervisningen i pilotkommunene er mitt forskerblikk i hovedsak rettet mot hva som foregikk i undervisningen. Samtidig gir jeg også tolkninger av atmosfæren og stemningen blant deltakere og kursholdere. Pedagogen Lars Løvlie (1973, 1992) understreker betydningen av å beskrive stemninger og atmosfærer i lære- og omsorgssituasjoner. Han argumenterer for at det er viktig å beskrive stemninger for å få øye på følelsesdimensjoner som ikke lett lar seg måle. Ved generaliseringer har stemninger, fornemmelser og det situasjonsbestemte en tendens til å forsvinne (jf. Widerberg 2001). Samtidig kan det være vanskelig å

skille en ren kunnskapsdel fra den følelsesmessige siden av kunnskap. Margaretha Järvinen (2004:28) legger vekt på at for de fleste valg vi gjør, er det vår praktiske viten som aktiveres. Denne viten er nedlagret i kroppen. Det er en spesiell form for viten som vi er involvert i og innfanget i. En slik tilnærming bygger på en forståelse av at forsker bringer med seg sin egen person inn i forskningsarbeidet. Parallelt betrakter Guba & Lincoln (1989:178) følgeforskningen som en slags forhandlingsprosess. Datainnsamling og analyse flyter sammen gjennom en hermeneutisk og syklisk prosess. Følgeforskning blir dermed ikke en instrumentell teknikk, men en relasjonell praksis, et møte mellom personer, mellom et «jeg» og et «du» eller «dere». Mine tolkninger av atmosfæren og stemningen under undervisningen har vært viktig fordi disse satte meg på sporet av utfordringen som oppstod i pilotkommunene, og dermed også til hvordan opplevelsene til deltakerne i pilotkommunene kunne utdypes. Eksempelvis fornemmet jeg en endring til det verre av stemningen mot slutten av dag fire på Askøy. Det ble blant annet reist flere kritiske spørsmål rettet mot barnevernet. I spørreundersøkelsen trekker flere deltaker frem at dagen ble noe preget av «klikkdannelse». Svarene fra deltakerne i de andre pilotkommunene inneholder ikke slike beskrivelser av dag fire. Med andre ord gir tolkninger av den umiddelbare stemningen i undervisningen en utdypende kontekst til deltakernes, til tider, svært ulike opplevelse av samme kursdag i de ulike pilotkommunene.

### 3 Pilotgjennomføring og revidering

Jeg vil i dette kapitlet vise hvordan gjennomføringen av opplæringsprogrammet i de ulike pilotkommunene satte ulike diskusjoner på dagsorden, gjorde spesifikke spørsmål relevante, samt tydeliggjorde hvordan ulike valg ble tatt og hvilke argumenter som ble brukt i diskusjonen om utformingen og implementeringen av programmet. I denne prosessen har både programmets innhold og organisering vokst frem.

Det er viktig å understreke at pilotgjennomføringen startet med et uferdig produkt (undervisningen). Planleggingen foregikk dermed ikke bare i tiden før pilotgjennomføringen, men pågikk gjennom hele prosessen. Med andre ord ble beslutningen om å gjøre noe på det tidlige intervensjonsfeltet tatt, og verktøyene valgt før utformingen av programmet var ferdig og målsetninger og målgrupper avklart. Kleven (2007:25) understreker at politiske planprosesser ofte er preget av et høyt tempo. Selv der hvor aktørene hadde vært tjent med å bruke mer tid på planlegging, er mantraet ofte: «*Noe må gjøres, fort!*» I slike prosesser kommer ofte planen i etterkant av vedtaket om å gjøre noe, nærmest for å gi den nødvendige faglig ryggdekning. Denne beskrivelsen passer svært godt på opplæringsprogrammets tilblivelse, og gjenfinnes i flere sitater fra arbeidsgruppas representanter. Slik uttrykte et av medlemmene erfaringene fra pilotkommunene:

*«Jeg tror nok at pilotene i en veldig stor grad har måtte betale for å være piloter i en etableringsfase, og at de i stor grad har blitt erfaringsbidragere: De har bidratt med erfaring til å gjøre programmet godt, men de har ikke selv fått det programmet som de kanskje hadde fortjent å få.»*

Samtidig er det i utgangspunktet også viktig å understreke at pilotkommunene er svært ulike langs en rekke sentrale dimensjoner, som for eksempel i hvor langt de har kommet i utviklingen av sitt tverretatlige samarbeid, hvordan fødselsomsorgen er organisert, hvor mange jordmødre det finnes i kommunen, hvilken kompetanse de ulike målgruppene besitter, hvilken kunnskap de kommuneansatte etterspør, kommunens økonomiske rammer, hvor mye gjennomtrekk det er i yrkesgruppene

med mer. Dette betyr at den uferdige undervisningen møter svært ulike kommunale kontekster som kan være mer eller mindre klare for mottakelse av opplæringsprogrammet, kartleggingsverktøy og samtaleferdigheter.

### 3.1 Dag en og to Askøy: En pilot blant pilotene

De fire første opplæringsdagene på Askøy ble gjennomført før noen av de andre pilotene var i gang, slik sett ble erfaringene fra Askøy «en pilot blant pilotene.» Dag en av programmet ble gjennomført 6. oktober 2010 i et lokalt samfunnshus (Norrønaheimen). På grunn av en rotete deltakerliste fra Askøy er det vanskelig å si noe presist om sammensetningen av deltakerne. Det er imidlertid grunn til å anta at barnehageansatte utgjorde den største gruppen på dag en. I tillegg var det en lege, tre helsesøstre og en jordmor blant de som svarte på spørreundersøkelsen. Undervisningslokalet var stort, med en scene foran og stolrader bakover. I det kommunale kursprogrammet var det understreket at første kursdag hadde alle tjenester som jobber med barn og familier som målgruppe. Den brede kommunale definisjonen av målgruppen på første kursdag førte til at det var over hundre personer tilstede. Innledningsvis snakket rådmannen om betydningen av tidlig innsats ovenfor sårbare familier som sliter med rusmiddelproblemer, psykiatri og vold i nære relasjoner, og hva kommunen gjennom deltakelse i programmet hadde forpliktet seg til. I klassisk implementeringsteori forstås forankring hos ledelse som en forutsetning for implementering av tiltak (Pressmann og Wildavsky 1984). Rådmannens tilstedeværelse og innledning ga en slik forankring av programmet i den administrative ledelsen i kommunen.

Etter at rådmannen hadde snakket ga kommunekoordinatoren en to timer lang innledning til programmet hvor hun brukte mange eksempler på hvor galt det kunne gå hvis kommuneansatte ikke oppdager familier og barn som sliter, tidlig. Flere av deltakerne nevnte at de opplevde innledningen som god, men en helsesøster sa det slik:

*«Litt mye snakk i begynnelsen, men det var kanskje nødvendig.»*

Stemningen blant deltakerne virket avventende og det ble reist få spørsmål fra salen under de innledende rundene. Både lokalets størrelse og antall deltakere gjorde det vanskelig for kursholderne å få i gang en dialog.

I pausene og i lunsjen fornemmet jeg at det var god stemning og mange deltakere snakket sammen. Det ble også trukket frem av flere deltaker at det beste ved dagen var å: *«Treffes på tvers av etater.»* Samtidig kom det også frem misnøye fra noen av kursdeltakerne fordi det var mange som hadde fått beskjed om at de bare kunne delta på en av dagene, selv om de ønsket å følge hele programmet. Dette gjaldt i første rekke barnehageansatte, men også andre yrkesgrupper, som f.eks. barneverns-pedagoger, nevnte denne problemstillingen. Slik uttrykte en førskolelærer det:

*«Bekymringen for barn og det å oppdage barn tidlig, er jo veldig aktuelt for oss også. Vi ser jo barna hele dagen og foreldrene to ganger om dagen.»*

Slik uttrykte en ansatt i barnevernet seg:

*«Det er tydelig at dere ikke har snakket med de forskjellige faggruppene på forhånd for å finne ut hva som faktisk er interessant for faggruppene å delta på. Vi i barnevernet ønsket oss veldig å gå på dag to, men ble heller innkalt til dag en, med et program vi allerede kjente svært godt til og bruker daglig.»*

Samtidig som barnehageansatte ønsket å delta på hele kursrekken, var det også en erkjennelse av at kurset kanskje ikke var spesielt tilrettelagt for dem. Slik uttrykte en annen barnehageansatt det:

*«Lite er rettet mot barnehagene selv om vi representerte den største gruppen her.»*

Det var det regionale teamet i samarbeid med kommunen som hadde ansvaret for å mobilisere de rette målgruppene til undervisningen. Erfaringene fra Askøy speiler en generell forvirring når det gjaldt hvem som skulle være målgrupper for programmet, tidlig i pilotperioden.

Dag en fortsatte så med en innføring i generell samtalemotodikk, ledet av to representanter fra KoRus Vest Bergensklippene. Jeg observerte at de fagansvarlige hadde en fin kjemi og vekslet godt seg i mellom med å snakke. Samtidig var det vanskelig i det store lokalet å få til summegrupper, oppgaver løst to og to sammen, samt dialog med deltakerne. Noen av deltakerne problematiserte det ved å si:

*«Lokalene var uegnet det ble mye støy under summing.»* Og: *«Oppgaver og rollespill kan ikke utføres med så mange deltakere i et så uegnet lokale.»*

Det faglige innholdet i dagen møtte også en viss kritikk i tilbakemeldingene fra kursdeltakerne. Selv om undervisningen fra fagansvarlig side var ment som en innføring i generell samtalemotodikk, opplevde flere at dag en først og fremst var en innføring i MI.

*«MI på første dag var for grunnleggende, dette nivået kan vi.» Og: «Forelesningen og oppgavene kan bli for elementære når en har flere kurs i empatisk veiledning.»*

Dag to ble avholdt 7. oktober i det samme samfunnshuset, men med ca. halvert antall deltakere. I det kommunale programmet var det referert til følgende målgruppe; fastleger, jordmødre, helsesøstre, NAV-ansatte, ansatte i barnevernet og PPT-tjenesten. De fagansvarlige fra KoRus hadde byttet ut stolradene med en hesteskoformasjon for å gjøre lokalet mer egnet til undervisningen, og de snakket til deltakerne fra midten av hesteskoen, i stedet for fra scenen. Dette ga en større nærhet til deltakerne. Etter en kort egenpresentasjon av alle deltakerne, ga representantene fra KoRus en kort innføring i dagens tema som var alkohol og graviditet. Filmen *Livsviktig*, som handler om mulige skadevirkninger av alkohol på fosteret, skulle deretter vises. Dette bød på tekniske problemer som førte til en del tidstap og unødvendig stress for de fagansvarlige. Undervisningen i TWEAK og motiverende intervju forløp etter dette uten tekniske problemer. Deltakerne virket engasjerte og lydhøre. De fagansvarlig la vekt på at helsemyndighetene råder gravide til å avstå fra alkohol i svangerskapet, siden man ikke har sikker kunnskap om hvilke nedre grense med alkohol som kan skade fosteret. Under gjennomgangen av TWEAK ble det reist flere spørsmål fra jordmor:

*«Hvordan unngå å gi kvinner skyldfølelse hvis det viser seg at de har drukket før de visste at de var gravide?» Og: «Kan man kartlegge for alkohol og informere om nulltoleranse hvis man ikke treffer kvinnen før sent i svangerskapet, gitt at hun har første kontroll hos lege?»*

Det er viktig å understreke at Askøy kun har to jordmødre ansatt i en og en halv stilling fordelt på ca. 400 fødsler i året. Andelen kvinner som har førstegangs-konsultasjon hos jordmor er uvisst. Fagligansvarlige håndterte spørsmålene fra jordmor på en kyndig måte, og i tråd med anvisningen i manualen, understreket de at i samtalen med den gravide bør bekymring og risiko drøftes. Videre sa de at jordmor bør konsentrere seg om svangerskapets resterende uker og måneder, og at det var viktig å slutte å drikke alkohol uansett hvor langt kvinnen hadde kommet i

svangerskapet, dette fordi hver alkoholfri dag ville gi fostret bedre vekst- og utviklingsmuligheter. Jeg observerte dermed at fagansvarlige var i god dialog med deltakerne.

Samtidig uttrykte de fagansvarlige frustrasjon til meg over at så lite var klart før de skulle i gang med undervisningen, og understreket at den ene foreleseren først fikk manualen til programmet kvelden før første undervisningsdag. Videre var de frustrert over powerpointene fordi mange av dem var skjemt med skrivefeil og ulesbar liten skrift. Underveis ga likevel mange deltakere uttrykk for at de var fornøyd med undervisningen. Samtidig etterspurte også flere deltakere følgende: *«Relevansen for andre enn helsepersonell som skal benytte TWEAK.»*

## 3.2 Hvem skal delta – konsekvenser for utformingen?

25. oktober 2010 var det møte i den nasjonale arbeidsgruppa, hvor blant annet gjennomføringen av de to første kursdagene på Askøy var et tema. Det totale antall deltakere, variasjonen i antall mellom de to første dagene og sammensetningen av kursdeltakere reiste flere sentrale diskusjoner i arbeidsgruppa. For det første; skulle det være så mange barnehageansatte tilstede på undervisningen, og hva skulle de med undervisningen? For det andre: Hvordan få med fastlegene? For det tredje: Skal alle delta på alle dager i kurset, eller skal dagene spisses mot ulike målgrupper?

Det var stor enighet i arbeidsgruppa om at det måtte jobbes med å mobilisere fastleger og at barnehageansatte ikke var den riktige målgruppen, selv om denne gruppen burde få egne tilrettelagt kurs om tidlig intervensjon. Hvorvidt de enkelte dagene skulle forbeholdes spesifikke målgrupper, forble et uavklart spørsmål. På den ene siden ble det lagt vekt på at dag to med undervisning i TWEAK og MI var tilpasset jordmødre og leger. Samtidig ville en slik avgrensing medføre svært få deltakere hvis ikke kommunene også greide å rekruttere fastlegene. På Askøy var det som nevnt kun to jordmødre. På den andre siden ble det presisert at hvis fagansvarlig var spesifikke på hvem som skulle drive kartlegging, og hva som forventes av de som ikke skal kartlegge, kunne flere yrkesgrupper være med på alle dagene, uten at det oppstod forvirring om undervisningens relevans. Det ble også påpekt at hvis man falt ned på at alle målgrupper skulle være med på alle dagene, måtte en del av programinnholdet og oppgavene justeres.

For å gjøre det lettere å få med leger hadde Helsedirektoratet søkt Legeforeningen om at deltakelse i opplæringsprogrammet kunne gi kompetansepoeng. Søknaden

ble avslått, men det hadde kommet nye innspill, slik at søknaden kunne styrkes og sendes på nytt. Videre ble det diskutert om en to timer lang innledning til programmet var for langt, og om denne tiden helst skulle vært brukt til generelle samtaleferdigheter.

### **3.3 Dag tre Askøy: Verktøy må forankres i egne erfaringer**

Tredje kursdag på Askøy ble gjennomført 27. oktober 2010. På grunn av klager fra deltagerne på at samfunnshuset var uegnet, ble undervisningen flyttet til mer egnede lokaler i Erdal kirke. Dagen begynte med en innføring i psykiske vansker under graviditet, med en fagligansvarlig fra R-BUP. Deltakerne fremstod engasjerte, og stilte flere gode spørsmål. Samtidig la jeg merke til at kursholderen virket litt uforberedt på at en av helsestasjonene allerede hadde innført EPDS, og at helsesøstrene gjerne ville snakke om sine erfaringer med bruk av verktøyet.

Helsesøstrene som benyttet EPDS snakket om at de bare hadde fått positive tilbakemeldinger fra kvinner de hadde kartlagt. En helsesøster tematiserte også bekymring for hvordan hun kunne samtale med en kvinne som skåret null på EPDS. Hun opplevde det som normalt å være litt nedfor etter en fødsel, og dermed normalt å få en skår på 5–6. Å få nullskår var derimot nesten litt mistenkelig, etter hennes oppfatning. Hvis helsesøster fornemmet at noe var galt, mens kvinnen selv svarte at hun hadde det bra, så ble samtalen i etterkant problematisk. Fagansvarlig greide ikke riktig å fange opp og ramme inn disse innspillene fra salen. Dette kan skyldes at hun følte seg for bundet til manualen, som hun hadde fått rett i forkant av undervisningen. Andre delen av dagen var forbeholdt samtaler om vold i nære relasjoner og voldsutsatthet, med ledet av RVTS. Jeg observerte at fagansvarlig trakk på mange eksempler fra sitt arbeid med vold i nære relasjoner. Mesteparten av eksemplene var imidlertid ikke fra arbeid med gravide kvinner eller småbarnsforeldre, men fra arbeid med ungdom og unge voksne. Han ga også en innføring i AAS. Deltakerne ga tilbakemeldinger om at de likte forelesningen om vold i nære relasjoner, samtidig var det flere som ga uttrykk for at det var uklart hvem som skulle bruke kartleggingsverktøyet AAS, og hvorvidt det kun var forbeholdt helsepersonell. Som en oppsummering av dagen sa kommune-psykologen følgende:

*«EPDS ble for lite vektlagt. Det trengs mye mer og grundig innføring for å kunne jobbe godt og systematisk med dette. Vold er også alt for lite vektlagt. Det er vanskelige ting, og krever mye mer på linje med det to første dagene.»*

Etter gjennomføringen av tredje opplæringsdag, utførte det regionale teamet i Vest en egevaluering, og sendte en bekymring for programmet til den nasjonale arbeidsgruppa. De var bekymret for at programmet ikke ville bli revidert og justert for alle pilotkommunene hadde gjennomført. De ønsket seg følgende justeringer:

*«Både iht målgruppe for hele programmet, hvordan få med fastlegene, målgrupper for de enkelte dagene, justering av innhold, fokus, mengde stoff, rød tråd, utnyttelse av kommunikasjonen gjennom alle dagene, bruk av øvelser, forutsetninger i kommunen for å ta i mot dette» (e-post til direktoratene).*

### **3.4 Revidering av dag en, to og tre påbegynnes**

På arbeidsgruppemøte den 22. november 2010 ble revideringen av manualens dag en, to og tre påbegynt. Arbeidet med de ulike bidragene var i de første fasene preget av at hver enkelt fagansvarlig jobbet for seg, og at de ulike kompetansemiljøene som personen representerte i liten grad deltok i skrivearbeidet. Flere medlemmer i arbeidsgruppa omtalte disse første revideringene som at de ble sittende litt alene med skrivejobben, uten å samarbeide eller grundig lesing av hverandres tekster. En konsekvens av dette, som ble nevnt av flere, var at:

*«De første (manual-) utkastene bar preg av at vi var opptatt av hva vi mente kommunene hadde behov for, ikke hva kommunene faktisk hadde behov for.»*

Poenget er at eierskapet til undervisningen og manualen i begynnelsen var dårlig forankret, både i den enkelte etat og hos de som skulle undervise. Det ble dermed satt på dagsorden at revideringene av manualen burde gjøres i samarbeid med egen etat, de ulike kompetansemiljøene og de regionale opplæringssteamene. I forbindelse med revidering av dag to, ble problemet med at få ansatte ved KoRus hadde erfaringer med bruk av kartleggingsverktøyet TWEAK diskutert, og dermed ikke følte seg kvalifisert til å være med på å revidere manualen.

Videre ble spørsmålet om hvor lojale kursholderne skulle være mot manualen, diskutert. Det var enighet i arbeidsgruppa om at hele poenget med en manual var at den skulle følges, og arbeidsgruppa skulle skille tydelig mellom det som var

obligatoriske og ikke obligatoriske powerpoints. Det ble også enighet om at det var klokt at representanter fra arbeidsgruppa fulgte undervisningen i pilotkommunene, slik at minst en representant var tilstede hver gang. Det ble laget detaljerte lister for denne egnevalueringen.

Kartleggingsverktøyet for voldsutsatthet, AAS, var også gjenstand for diskusjon. I forbindelse med utformingen av manualen og undervisningen i voldsdelen oppstod det flere uenigheter knyttet til kartlegging av vold i nære relasjoner. RVTS Øst hadde vært inne i skriveprosessen i begynnelsen, men hadde ønsket at et annet kartleggingsverktøy enn AAS skulle inn i programmet. Videre var det uenighet internt i RVTS om hvorvidt opplæringsprogrammet ga helsepersonell nok kompetanse til å kartlegge for voldsutsatthet. Flere var av den oppfatning at undervisningen i programmet var for kortvarig til å gi helsepersonell tilstrekkelig opplæring, og at det var etisk uforsvarlig å avdekke vold i nære relasjoner hvis jordmødre og helsesøstre ikke hadde konkrete hjelpetiltak å tilby kvinnen. Det ble imidlertid bestemt at også voldsdelen av programmet skulle ha et kartleggingsverktøy. Spørsmålet om kartleggingsverktøy og vold i nære relasjoner fortsatte å prege programmet i de neste pilotkommunene.

### **3.5 Formalisering av målgruppene**

På møtet 17. desember 2010 jobbet arbeidsgruppa videre med problemstillinger knyttet til veiledning og målgruppe. En bekymring i gruppa var hvordan kurset skulle følges opp etter ferdigstilling og hvordan man kunne sikre at avtale om innføring av verktøyene faktisk ble gjort i de ulike kommunene. Det var helt fra oppstart i Vest meningen at opplæringsprogrammet skulle etterfølges av en veiledning til deltakerne. Inspirasjonskilden i veiledningsutformingen var hentet fra R-BUPs veiledning slik den var utformet i deres opplæringspakke i EPDS. På arbeidsgruppemøtet dreide diskusjonen seg rundt hvilken type kompetanse veilederne i kommunen burde ha i et program som i tillegg til å undervise i kartleggingsverktøy, hadde fokus på tverrfaglig samarbeid. Følgende spørsmål ble diskutert: Burde veiledere ha kompetanse i MI, eller i bruk av alle verktøyene? Burde veileder ha en generell klinisk kompetanse? Gjennom disse diskusjonene ble behovet for klargjøring av veiledningen tydeliggjort, uten at det ble endelig konkludert.

Videre hadde et av medlemmene i arbeidsgruppa jobbet frem et forslag til inndeling av aktuelle kursdeltakere i de tre kategoriene: skal, kan og bør delta. Det

ble også diskutert hvorvidt alle deltakerne skulle følge hele kurset, eller om noen av dagene skulle være rettet mot enkelte målgrupper. Diskusjonen landet på at den nasjonale arbeidsgruppa ønsket at alle deltakerne skulle delta alle dager.

21. desember 2010 sendte Helsedirektoratet ut en e-post til de regionale teamlederne med klargjøring av veiledning og målgrupper. Målgruppene for opplæringsprogrammet ble definert slik:

*«Opplæringsprogrammet i hver kommune skal ha maksimum 50 deltakere, og deltakerne forplikter seg til å delta på alle 5 samlingene.»*

Videre ble målgruppene for opplæringsprogrammet delt opp i tre ulike kategorier ut fra prioritet om deltakelse:

*«Skal delta: Alle fastleger, jordmødre og helsesøstre som har avtale med eller arbeider i kommunen.*

*Bør delta: Aktuelt fagpersonell i kommunen innenfor barnevern, ansatte som arbeider spesielt med rus, vold og psykiske helse i NAV i kommunen, psykisk helsevern, PPT, familievernskontoret, familiesentret og lignende. Videre inviteres kommunens samarbeidspartnere i de aktuelle instanser på spesialistnivå til å delta.*

*Kan delta: Representanter fra barnehagene og andre som arbeider når det gjelder førskolebarn inviteres til deltakelse for å sikre at de er orientert om satsningen i kommunen»* (e-post fra helsedirektoratet til teamledere).

Ved å utføre denne målgruppepresiseringen ga den nasjonale arbeidsgruppa et klart signal også når det gjaldt målsetningene med programmet, ved at innføringen av kartleggingsverktøyene hos leger, jordmødre og helsesøstre skulle ha prioritet. Det må derfor sies å være interessant at målgruppediskusjonene ikke førte til at målsetningene i programmet ble gitt en like klar prioriteringsorden. Selv om denne e-posten ble sendt ut før de andre pilotkommunene startet opp, kom det fortsatt til å herske forvirring rundt målgrupper og kursdeltakelse i alle pilotkommunene. Under hele pilotgjennomføringen uttrykte representanter fra de regionale teamene stor frustrasjon over uklarhet om hvem, hvor mange og på hvilke dager de ulike målgruppene skulle delta, selv om arbeidsgruppa hadde foretatt denne målgruppepresiseringen. Dette kan skyldes at pilotkommunene hadde egne prioriteringer

med hensyn til hvem de mente burde delta i opplæringen, og at teamlederne ikke i tilstrekkelig grad formidlet den nasjonale arbeidsgruppas målgruppepresiseringer til pilotkommunene.

Med henvisninger til samarbeidsavtalebrevet mellom kommunen og det regionale teamet, ble det i den samme e-posten også presisert at det er viktig at veiledere fra kommunen er på plass *før* opplæringsprogrammet settes i gang i den enkelte kommune. Også på dette punktet vil den påfølgende redegjørelsen vise at veiledningen var ulikt «på plass» i pilotkommunene.

### **3.6 Dag fire Askøy: Fiendebilder – tverrfaglig samarbeid**

19. januar 2011 ble den fjerde kursdagen avholdt på Askøy i Erdal kirke. Temaet for undervisningen var utfordringer i familier og for barn der det var snakk om alvorlige og/eller komplekse problemer. Det faglige ansvaret var ved Bufetat. På samme måte som for dag en hadde Askøy definert alle tjenester som jobber med barn og familier som målgrupper. Dette medførte at det var andre deltakere til sted på dag fire, enn de foregående dagene. Disse deltakerne hadde dermed ikke fulgt dag to og tre av programmet. I første del av dagen ble det gitt en kort innføring i behovet for samarbeid i de alvorlige og komplekse sakene. Temaet meldeplikt og taushetsplikt ble berørt. Deretter ble filmen *Hjemme verst* vist. I filmen forteller «Inger» om sin oppvekst med en alkoholisert og pillemisbrukende mor, om at hun ble seksuelt misbrukt av en nabo, og at ingen voksne så eller hjalp henne. Videre forteller hun at hun ble sendt hjem fra skolen på grunn av angstanfall etter utallige overgrep. Hjemme får hun kinderegg og valium. *Hjemme verst* er en oppfordring til å se barn som har det vondt. Budskapet er enkelt: Disse barna må ikke overlates til seg selv, de er helt avhengige av at noen utenfra, som lærere, helsesøstre, tannleger og leger tør se dem og handle. Deltakerne virket preget av filmen og fremstod svært tankefulle. Flere sa at filmen var det de likte best med dag fire.

Når det kommunale barnevernet skulle presentere sine tiltak på siste del av dagen, og deltakere fra et tverrfaglig kommunalt panel skulle diskutere sin og hverandres kompetanse, la jeg merke til at atmosfæren endret seg, fordi det kom opp flere motforestillinger mot barnevernet. Noen barnehageansatte sa de syntes det var vanskelig å samarbeide med barnevernet fordi de hadde erfart at de sjelden hørte noe tilbake når de meldte en bekymring. De visste dermed ikke hvordan det gikk med barnet eller familien, og hvordan de kunne tilrettelegge for barnet på best

mulig måte. Barnevernet på sin side, forsvarte seg med henvisninger til taushetsplikten. Slik formulerte en barnevernspedagog det:

*«Det ble ikke kontrollert hva som skjedde i salen, og denne dagen akkurat som første dagen, ble en dag hvor alle mente at vi i barnevernet er forferdelige, mens de andre er flinke. Eller hvor lite innstilt de andre er på å akseptere lovverket som barnevernet må operere innenfor. Hvordan skal dette kunne gi oss vilje og motivasjon til å samarbeide? Kurslederen som uttalte seg om barnevernet hadde tydelig heller ikke erfaring om dagens situasjon.»*

Jeg la også merke til at stemningen blant de øvrige deltakerne ble urolig og utilfreds etter disse direkte konfrontasjonene. Andre helsearbeidere utalte at dagen ble preget av «Klikkdannelsen.»

Denne konflikten samsvarer med funn fra tidligere studier. I evaluering av et lignende program i Telemark fant Baklien og Wejden (2009) at mange lærere og førskolelærere opplever at barnevernstjenesten krever informasjon, samtidig som de gir lite tilbake, slik at informasjonsutvekslingen bare går en vei. Det ble dermed umulig for ansatte i skole og barnehage å vite om det settes inn tiltak for et barn de er bekymret for. De ønsker denne informasjonen for å legge til rette for barnet i hverdagen. Barneverntjenesten opplever imidlertid ofte urealistiske forventninger når det gjelder tidsbruk, informasjonsflyt, og hva som blir gjort (Baklien og Wejden 2009). I denne sammenheng er taushetsplikt og ressurser sentralt. Samtidig er det ikke sikkert at de negative holdningene mellom barnevernet og barnehageansatte hindrer troen på et tverrfaglig eller tverretatlig samarbeid i kommunen. En indikator på dette er hvordan deltakerne svarte på spørsmålet: Hva er det viktigste du lærte på kurset?

En vernepleier svarte: «At vi må bli bedre på samarbeid og samtale med brukere, foresatte og hjelpeapparatet. At vi har en vei å gå før vi når målet om å verne om barn. At vi må læres opp til å ta ansvar fra første stund, sette i gang tiltak, og ikke gi ansvar fra oss før vi er sikker på at andre har ansvaret.»

Kommunepsykologen nevnte: «At systematisk og langsiktig arbeid med målgruppen i kommunen krever tett samarbeid og tiltaksutvikling på kommunalt nivå på en annen måte enn det vi har klart hittil.»

En barnehageansatt sa: *«Å jobbe tverrfaglig- Å bruke kompetansen du har (og) i tillegg vite at det finnes hjelp og mye kompetanse på feltet der ut.»*

Mens to helsesøstre la vekt på følgende: *«Det viktigste jeg har lært på kurset er at det er veldig viktig med godt tverrfaglig samarbeid i kommunen.» «Å høre hvordan andre avdelinger jobber, komme sammen med andre fra ulike avdelinger.»*

Erfaringene fra fjerde kursdag og konflikten mellom barnevernet og de andre etatene, dannet til en viss grad utgangspunkt for hva Askøy valgte å legge vekt på femte kursdag. Som eneste pilotkommune valgte de temaet lovgivningen omkring taushetsplikt, og hvordan denne både kan være til hinder og til hjelp for et tverrfaglig samarbeid mellom barnevernet og andre tjenesteytere.

### **3.7 Dag en og to Vennesla: Da det meste gikk galt!**

Dag en ble gjennomført i Vennesla 7. februar 2011 i et kjellerlokale i en mørk ungdomsklubb (Moonlight). Av de 14 deltakerne som svarte på spørreundersøkelsen var alle kvinner; tre helsesøstre, en jordmor, to sosionomer, en førskolelærer, to spesialpedagoger, en miljøterapeut, en familieterapeut, en fysioterapeut, en sykepleier og en økonom. Lokalene var svært lite egnet til undervisning. I tillegg manglet representanter fra kommuneledelsen. Kommunens del av programmet ble rett og slett utelatt. At kommunens del i programmet manglet, skyldes blant annet et mangelfullt forarbeid mellom det regionale teamet og kommunen. Selv om Vennesla traff bedre på målgruppene enn Askøy, opplevde jeg innledningsvis en amper stemning blant deltakerne. Flere ga uttrykk for at de ikke helt skjønte hvorfor de var der, og at lokalene var svært uegnet for undervisning. Innledningen av programmet, av teamleder i Region sør, var svært kortfattet. Resten av dagen gikk med til den generelle samtalemotodikken, i regi av KoRus. Det virket som fagansvarlig strevde med å få til en dialog med deltakerne, og undervisningen ble preget av enveiskommunikasjon.

Det kom mange negative tilbakemeldinger fra deltakerne. En jordmor sa følgende: *«Jeg greide ikke å lese det som stod på powerpointen og det var vanskelig å se foreleser.»* En helsesøster understøttet dette og sa: *«Det var jo en katastrofe, innlederen av programmet virket helt uforberedt, lokalene var ille og ja foreleser i empatisk rådgivning sto livløst og leste fra et manus.»* En annen helsesøster ga følgende kommentar: *«Det er viktig å kunne løsrive seg noe fra manus, samt å ha*

*relevante eksempler fra praksisfeltet.» Og en spesialpedagog sa: «Opplevde ikke at stoffet var foreleser sitt.»*

Jeg la videre merke til at det var en relativt dårlig stemning blant kursholderne også. De uttrykte frustrasjon og fortvilelse over det uegnede kurslokalet og over at kommuneledelsen ikke var representert. Den negative starten på programmet befestet seg til en hvis grad over til dag to av programmet.

Dag to i Vennesla ble avholdt på helsestasjonen 8. februar 2011. Undervisningen ble flyttet på grunn av klager fra kursdeltakerne på ungdomsklubbens uegnethet som undervisningslokale. Stemningen blant deltakerne og representantene fra det regionale teamet var litt mismodig og nedslått, gitt erfaringene fra dagen før. KoRus hadde det faglige ansvaret på første halvdel av dagen. Fagansvarlig fra KoRus Sør sitter i den nasjonale arbeidsgruppa, og hadde ført TWEAK-delen av manualen i pennen. Jeg la merke til at stemningen lettet litt under denne delen av undervisningen, og deltakerne stilte flere spørsmål om graviditet og alkohol. I Vennesla er det kun én kommunal jordmorstilling, og vanligvis ser ikke jordmor den gravide kvinnen før ved konsultasjonen i 14.-16. svangerskapsuke, fordi fastlegene ofte tar den første konsultasjonen. Spørsmålet om de etiske konsekvensene av å kartlegge alkoholbruk senere i svangerskapet ble dermed igjen tematisert, samtidig som legenes fravær fra programmet ble problematisert. Det ble understreket at den gravide kvinnen selv kunne velge om hun skulle gå til lege eller til jordmor.

Etter undervisningen i TWEAK gikk stafettpinnen tilbake til KoRus-representanten som dagen før hadde undervist i generell samtalemetodikk. Hans oppgave var å knytte MI-undervisningen an til bruk av TWEAK. Jeg opplevde at stemningen blant deltakerne sank umiddelbart. Deltakerne ga uttrykk for at de var generelt fornøyd med TWEAK-undervisningen, men svært misfornøyd med undervisningen i MI. Dette kommer tydelig frem i disse sitatene. Helsesøster: *«Tweak-delen var bra. MI-delen var dårlig.»* Helsearbeider: *«Vi hadde motiverende intervju halve dagen. Det var vi veldig misfornøyd med.»*

Denne uttrykte skjevheten mellom KoRus' to fagansvarlige, bør forstås i lys av forskjellen mellom undervisere som selv har skrevet eller vært med på å skrive manualen, og undervisere som ikke har hatt noen innflytelse over det som står i manualen, og som i tillegg fikk den i kort tid før undervisningen tok til. En annen viktig dimensjon i denne sammenheng er at mange av underviserne ikke hadde erfaring fra arbeid med gravide og småbarnsforeldre, men fra andre deler av

tjenestekjeden, noe som gjør deres eksempler mindre egnet for den primære målgruppen som var fastleger, helsesøstre og jordmødre. Flere deltakere trakk frem denne dimensjonen når de svarte på hvordan kurset kunne bli bedre. Et eksempel på dette er følgende sitat: «Det er viktig at foredragsholderen har egne erfaringer, og egne eksempler å bruke.»

Denne dimensjonen kan også knyttes sammen med Molanders (1997:139) drøftelse av ulike kunnskapsformer, hvor han skiller mellom *framåtblickande* og *tilbakablickande* kunnskap. Han argumenterer for at mye vekt gjerne legges på den kunnskapstilegnelsen som peker framover, det å tilegne seg teori eller praktisk kunnskap som trengs for å løse oppgaver som man kan komme til å stå overfor i framtiden. *Tilbakablickande* kunnskap er reflekterende, og dreier seg om å lære om hvorfor man selv handlet på bestemte måter. Det kritiske tilbakeblikket har stor betydning for hvordan man løser nye oppgaver eller takler situasjoner som kommer. Kanskje er det vel så viktig som den *framåtblickande* kunnskapen, som kan være løsrevet fra mottakerens erfaringer. Dette har også å gjøre med forholdet mellom behovet for ny kunnskap på den ene siden, og på den andre siden behovet for å gyldiggjøre og synliggjøre den allerede eksisterende kunnskapen. Dette er jo særlig viktig når kursdeltakerne, som i dette tilfellet, er folk som har jobbet en stund, og som har mye kunnskap. Poenget i denne sammenheng er at foreleser, som ikke selv hadde erfaring fra arbeid med gravide og småbarnsforeldre, måtte vektlegge *framåtblickande* kunnskap, mens deltakerne etterspurte mer vekt på *tilbakablickande* kunnskap.

I evaluering av pilotgjennomgangen i Sør er det også viktig å få frem hvordan det regionale teamet har samarbeidet. Gjennom prosessen har det kommet flere klager på at dette teamet ikke fungerte optimalt. Det ble trukket frem at kommunikasjonen ikke hadde vært optimal, og at beskjeder ikke hadde kommet frem. Det var også i Sør at kommunikasjonen mellom det regionale teamet og kommunen sviktet mest. Ansvar for forarbeidet opp mot kommunen ligger primært hos teamleder. Erfaringene fra Vennesla tydeliggjorde hvor viktig dette forarbeidet er for at programmet får en lokal forankring.

### 3.8 Dag en og to Namsos: Super start

Dag en og to i Namsos ble holdt 10. og 11. februar 2011 i store, lyse og fine lokaler på høyskolen. Blant de 33 deltakerne som besvarte spørreundersøkelsen, var det 32 kvinner og en mann; tre helsesøstre, en helsesøsterstudent, fire vernepleiere, to

jordmødre, fire sosionomer, to førskolelærere, to barnevernspedagoger, to psykologer, en lærer, tre fysioterapeuter, en miljøterapeut, en ergoterapeut, en politi, to kliniske sykepleiere, en klinisk pedagog og tre sykepleier. Dagen startet friskt med et kulturelt innslag av den lokale musikeren Thomas Brøndbo. Det terapeutiske ved sang og musikk ble trukket frem, og alle deltakerne sang sammen med Brøndbo. Jeg fornemmet at deltakerne satte stor pris på det kulturelle innslaget, og en sykepleier sa: «*Super start med kulturelt innslag!*»

Kommuneledelsen holdt en innledning om hvordan man i Namsos har jobbet i modellkommuneprosjektet. Videre ble presentasjonen fra lokal koordinator også godt mottatt av deltakerne. Slik uttrykte en sosionom fra barnevernskontoret det: «*Rammepresentasjonen fra lokal koordinator var det beste på første dagen.*» Den påfølgende undervisningen i generell samtalemotodikk ble holdt av to representanter fra KoRus. Jeg observerte at de hadde en fin rytme seg imellom i måten de vekslet med undervisningen. Samtidig uttrykte flere av deltakerne at det var litt uklart for dem om det ble undervist i MI spesielt eller om det var en generell samtalemotodikk. Noen av deltakerne syntes også at undervisningen var litt for generell, samtidig som helsepersonell mente de i utgangspunktet var godt skolert i empatisk rådgivning og veiledning.

Dag to ble holdt i de samme lokalene, og jeg la merke til at undervisningen i alkohol og gravitet ble mottatt med engasjement blant deltakerne. Det kom flere spørsmål og kommentarer fra salen når de øvde på å kartlegge seg selv ved hjelp av TWEAK-skjemaet. På samme måte som i Vennesla, ble det diskusjon om skyldfølelsen man kunne påføre kvinnen, hvis hun har drukket før hun visste at hun var gravid. Spørsmål om skyldfølelse ble også knyttet til situasjonen når jordmor informerer om nulltoleranse sent i et svangerskap. Det ble videre reist spørsmål om når man skulle gripe til andre tiltak enn motiverende intervju etter en kartlegging med TWEAK. Hvor omfattende skulle kvinnens alkoholkonsum være for å sende bekymringsmelding til den kommunale rusomsorgen? Et annet spørsmål var hvorvidt de som virkelig har et alkoholproblem vil svare sannferdig på TWEAK spørsmålene eller om de vil undra seg kontroll. Jeg la merke til at underviserne forsøkte å møte spørsmålene på en god måte, men de strevde fordi de ikke selv hadde erfaring med bruk av TWEAK i en fødselsomsorgskontekst.

Siste halvdel av dagen ble brukt på generell MI-undervisning og oppgaveløsning. også i denne sammenhengen var det litt ulike tilbakemeldinger. På den ene siden ønsket flere av deltakerne mer kunnskap om MI, da de forsto at for å beherske

teknikken på en tilfredsstillende måte, måtte de ha mye mer trening og undervisning. På den andre siden sa deltakerne at de ikke opplevde at-MI delen var godt nok knyttet til bruken av kartleggingsinstrumentet TWEAK, og den samtalen jordmor eller lege må ta etter at TWEAK-spørsmålene er besvart. Det følgende sitatet fra en av deltakerne illustrerer dette:

*«MI må endres. Man kan ikke lære hele metoden på så kort tid, kanskje små konkrete eksempler som løses ved hjelp av MI.»*

Målgruppediskusjonen kom også opp i Namsos, hvor både fastlegene og barnehagen ble etterspurt. Spesielt ønsket jordmødrene at fastlegene hadde vært til stede på dag to. Psykologen ved helsestasjonen vektla at det burde vært satt av tid til å diskutere hvordan kartleggingsverktøyene kan implementeres i kommunen.

I vurderingen av pilotgjennomføringen i Midt-Norge er det viktig å få frem at alle representantene fra det regionale teamet understreket hvor godt de hadde samarbeidet i prosessen. Flere fremhevet at de var blitt venner underveis, og at de hadde blitt klar over hverandres styrker og svakheter. De ulike kompetansemiljøene hadde på et hvis funnet hverandre, og ønsket å spille på hverandres kunnskap og kompetanse også i andre sammenhenger. De to direktoratene hadde fra begynnelsen understreket at det var viktig at alle teammedlemmene fulgte all undervisningen i pilotkommunen, slik at de var kjent med bredden i programmet, og kunne henvise til hverandres bidrag. Her var teamet i Midt-Norge forbilledlige. De la allerede fra starten ned tid og ressurser for å følge opplæringen og støtte hverandre. Representantene fra KoRus filmet blant annet undervisningen for å kunne vurdere egen og andres innsats. Teamleders rolle ble også beskrevet i svært positive vendinger, og samarbeidet hun hadde med Namsos i forkant av programmet, og som koordinator av modellkommuneforsøket, ble trukket frem som en viktig grunn til at kurset i Namsos var vellykket. Teamleder fra Bufetat hadde med andre ord jobbet opp mot kommunen og kjente de sentrale aktørene godt fra før.

### **3.9 Lojalitet mot manualen – frihet for utfoldelse?**

Store deler av arbeidsgruppemøtet den 15. februar 2011 ble brukt til status i revideringen av de enkelte modulene i programmet. Ikke uventet, etter alle de besynderlige kurslokalene som var blitt brukt til nå, ble det slått fast at det skal presiseres hvilken type lokaler som er egnet for den aktuelle undervisningen, og at

det er kommunenes ansvar å finne slike lokaler. Videre ble det klart at revideringsarbeidet med manualen ikke var ferdigstilt, og at kursholderne utsettes for alt for stort press om at de skal være tro mot manualen. Flere av deltakerne i arbeidsgruppa uttrykte at manualen ikke måtte bli en tvangstrøye for underviserne, og at det måtte være frihet for egen utfoldelse i undervisningen, for å gjøre undervisningen best mulig.

I motsetning til hva arbeidsgruppen la vekt på under novembermøtet, hvor troskap mot manualen ble understreket, mente de nå, og på bakgrunn av erfaringene så langt i pilotene, at underviserne måtte ha frihet til å forme og gjøre fagstoffet til sitt eget. På liknende vis måtte også arbeidsgruppa vurdere kravene som de hadde stilt til kommunene i forbindelse med veiledningen. Disse kravene hadde blitt forstått som for strenge av både kommunene og noen av de regionale teamene. Tilbakemeldingen fra kommunene gikk ut på at potensielle veiledere blir skremt vekk av for strenge krav. Et forslag som ble drøftet for å lette på situasjonen, var å tydeliggjøre intensjonen med veiledningen. Det måtte komme klarere frem hvorfor veiledningen er viktig og hva som er motivasjonen for den. Jeg tolket disse revideringene som et uttrykk for en økende bevissthet i arbeidsgruppa om behovet for større selvstyre, både på regionalt og kommunalt nivå, og ikke minst en økende bevissthet rundt behov for å utkrystallisere og definere de ulike rolleoppgavene i tilknytning til programmet. Arbeidet med å utkrystallisere de ulike rolleoppgavene videreføres i den nasjonale arbeidsgruppa.

I tillegg ble det informert om at de skulle gjennomføre EPDS undervisning i 6–7 nye kommuner til høsten. Denne tilforlatelige kommentaren skjulte en mye større diskusjon i arbeidsgruppa og i Helsedirektoratet, knyttet til kompetansesentrene og ressursbruk. R-BUP ble ønsket inn i programmet fordi de hadde gode erfaringer med EPDS-opplæring. R-BUP's erfaringer med innføring og opplæring i EPDS ble slik sett brukt som mal for hele opplæringsprogrammet. Samtidig ønsket R-BUP å fortsette den EPDS- undervisningen som de allerede hadde startet. En faglig argumentasjon for dette var at en halv dag i opplæringsprogrammet ikke kunne erstatte en tre-firedagers undervisningspakke som R-BUP i utgangspunktet tilbød kommunene. Først ga Helsedirektoratet beskjed om at R-BUP bare kunne gi undervisning til de kommunene de allerede hadde kontrakt med, og ikke inngå kontrakter med nye kommuner fordi undervisningen i programmet skulle prioriteres. Denne instruksjonen ble revidert, og Helsedirektoratet åpnet for at R-BUP kunne fortsette med sin egeninitierte EPDS-undervisning (møte 12. april 2011). En grunn til dette var at en parallell diskusjon ble startet om hvorvidt også KoRus

kunne gi tilleggsopplæring i TWEAK utenfor programmet. Kompetansesentrene for rus ble gitt en slik mulighet, og da var det også selvsagt at R-BUP burde ha den samme muligheten.

### 3.10 Dag en, to, tre Skedsmo: For lite rettet mot deltakerne

I motsetningen til i de andre pilotkommunene, valgte man i Skedsmo å gjennomføre dag en enkeltstående, og dag to og tre etterfulgt og i sammenheng med hverandre. Dag en ble gjennomført 16. februar 2011 i Kunnskapens Hus, som er et relativt nytt, lyst og stort hus på Kjeller, men selve undervisningen foregikk i et altfor lite, avlangt og trangt rom. Blant de 30 deltakerne som svarte på spørreundersøkelsen, var alle kvinner: tretten helsesøstre, en sosionom, fem barnevernspedagoger, en psykolog, en lege, en pedagog, en spesialpedagog, og en førskolelærer. Deltakerne satt tett på stolrader etter hverandre, med liten plass til å notere. Samtidig var det vanskelig både å se og høre i lokalet. Etter hvert ble det også svært dårlig luft. I utgangspunktet virket stemningen litt uengasjert og trøtt. Kommuneledelsen ga en oversikt over hvilke tiltak som fantes i Skedsmo, og hvordan det ble jobbet med sårbare og utsatte barn og familier. Under denne delen av presentasjonen var det få spørsmål fra salen.

Etter dette ga teamleder fra Bufetat en innføring til programmet. Heller ikke under denne presentasjonen kom det spørsmål. Etter lunsj hadde to representanter fra KoRus ansvaret for undervisningen. Jeg la merke til at også disse representantene fungerte godt i tospann og var flinke til å spille på hverandre under undervisningen. Samtidig etterlyste flere av deltakerne relevansen av forelesning for eget praksisfelt. Slik sa en jordmor det: *«Forelesningene var for teoretisk, og det var ikke mulig å se og høre kurslederne skikkelig»*, en helsesøster uttrykket noe liknende: *«Lite eksempler som var praksisnære.»* I motsetning til i de andre pilotkommunene, ble veiledningen introdusert allerede på første dag, og deltakerne ble delt opp i veiledningsgrupper. Disse gruppene var tverrfaglige og skulle understøtte implementeringen av opplæringskurset.

Dag to ble gjennomført 8. mars 2011 og ble også avholdt i Kunnskapens Hus på Kjeller, men undervisningen var flyttet til et større rom som var mye bedre egnet for undervisningen. De samme to representantene fra KoRus som hadde undervist på dag en, hadde ansvar for undervisningen hele dagen. De ga en innføring i bruk av TWEAK, og hvordan MI kunne benyttes i den påfølgende samtalen med den

gravide. Kursdeltakerne fremstod engasjert i spørsmål om alkohol og graviditet, samtidig etterlyste flere av deltakerne som ikke jobbet i fødselsomsorgen, slik som i de tidligere pilotene, relevansen av det faglige innholdet på dagen for dem. En førskolelærer sa det på følgende måte: *«Ikke tilrettelagt mot min yrkesgruppe, overhodet.»* En kommunepsykolog sa følgende: *«Temaet angår mest helsesøstre og jordmødre.»* Og en barnevernspedagog sa det slik: *«Fortsatt mangler det tverrsektorielle perspektivet, hva er barnevernets rolle i denne kartleggingen?»* Også noen av helsesøstrene var usikker på relevansen av dagen for deres virksomhet, og hvordan TWEAK kan nedfelles i det generelle forbygningsarbeidet som de utfører. Slik sa en helsesøster det:

*«Mye bra på dag to, men jeg kunne tenkt meg mer om hvordan vi på helsestasjonen skal jobbe forebyggende med rus. Hvordan skal vi jobbe forebyggende til foreldre i forhold til rus?»*

Dag tre i region Øst, Skedsmo kommune, ble gjennomført 9. mars 2011, og ble også avholdt på Kunnskapens Hus på Kjeller i et enda større forelesningsrom enn de to første dagene. Psykisk helse og EPDS-undervisningen ble gitt av to kompetente helsesøstre fra R-BUP som hadde erfaring i bruk og undervisning i EPDS. Jeg la merke til at selv om helsesøstrene var dyktige forelesere, virket de overrasket over den tverrfaglige sammensetningen av deltakere. Under undervisningen refererte de ofte til *«oss helsesøstre»*, noe som flere av deltakere opplevde som fremmedgjørende. En barnevernspedagog uttrykte det på følgende måte: *«Ikke tilpasset mitt fagfelt.»* En annen barnevernspedagog sa: *«Hvilken rolle skal barnehagene ha?»* Mens en førskolelærer sa: *«De hadde lite fokus på det tverrsektorielle samarbeidet»* I tillegg til å være uforberedt på den tverrfaglige deltakelsen, virket også de to helsesøstrene uforberedt på at EPDS var innført ved helsestasjonen i Skedsmo. Slik uttrykte en helsesøster frustrasjon over dette:

*«Vi burde fått tilpasset undervisningen. EPDS har vi brukt i mange år. Derfor burde alle fått en kort innføring i EPDS, resten av tiden kunne vi ha brukt til erfaringsutveksling med EPDS. Mer om hvordan vi skal kunne kartlegge og gi støttesamtaler til fremmedspråklige osv.»*

Andre halvdel av dag tre var forbeholdt vold i nære relasjoner og undervisning i kartleggingsverktøyet AAS, i regi av RVTS. Den fagansvarlige fra RVTS åpnet med å problematisere hvordan en skulle definere vold i nære relasjoner, og understreket at selv om hun hadde jobbet med voldsutsatte i svært mange år, hadde hun ikke

sett noen blåmerker. Jeg observerte at deltakerne virket engasjerte og stilte flere spørsmål. Det ble blant annet reist spørsmål om hva jordmødre skulle gjøre hvis de avdekket at en gravid kvinne var voldsutsatt, de kunne jo ikke melde bekymring til barnevernet, fordi barnevernet kun har ansvar for det fødte barnet. Fagansvarlig understreket behovet for å ha en sikkerhetsplan og en tiltakskjede på plass før man begynte med kartlegging av voldsutsatthet. Flere kursdeltakere sa de var mest fornøyd med voldsforelesningen på dag tre. Selv om jordmødre og helsesøstre uttrykte tvil når det gjaldt om de kom til å innføre kartleggingsverktøyet AAS, sa flere av deltakerne at de ønsket seg mer kunnskap om vold i nære relasjoner.

Selv om det var ettertrykkelig understreket at deltakerne i de regionale teamene skulle følge hverandres undervisning i pilotene, skjedde ikke dette i region Øst. Helsesøstre fra R-BUP var kun tilstede i programgjennomføringen mens de selv underviste. Samtidig kom det frem en uklarhet når det gjaldt stillingsbrøken til helsesøster fra R-BUP som underviste i EPDS. Hun sa selv at hennes stilling innebar at hun ikke kunne prioritere å følge programmet eller delta på samlinger. I tillegg var hun medlem av både det regionale teamet i Øst og i Sør. En måte å tolke dette på, er at det i pilotprosessen var en uklarhet i ressursbruken internt i R-BUP og hvorvidt undervisningen i opplæringsprogrammet, i hvert fall i en tidsperiode ble nedprioritert til fordel for R-BUP's utvidede og egeninitierte undervisning i EPDS. I tillegg uttrykte flere av underviserne i Øst frustrasjon ovenfor manualen, at den var for omfattende, at de måtte foreta mange valg, og at de følte et press mot å være tro mot manualen, samtidig som de ønsket å kutte og tilføye ting de selv mente var relevant. Flere av medlemmene i det regionale teamet i Øst sa også at de opplevde eget team som relativt godt samkjørt, men at teamet bestod av en rekke sterke personligheter, som ikke alltid trakk i samme retning.

### **3.11 Dag tre og fire Namsos: Psykisk helse, familievold -en dag hver?**

Dag tre i Namsos ble gjennomført 3. mars 2011. Undervisningen var flyttet fra høyskolen til rådhuset. Dagen begynte med undervisning i psykisk helse og bruk av EPDS, i regi av R-BUP. I Namsos var allerede ni helsesøstre opplært i EPDS av samme R-BUP-representant som var fagansvarlig for denne delen av programmet. Helsesøstre var bedt om å ta med seg konkrete case eller spørsmål fra sine erfaringer med bruken av kartleggingsverktøyet. Jeg la merke til at denne fremgangsmåten fungerte godt, og at deltakerne fremstod som engasjert og delte sine erfaringer med bruken av EPDS.

Helsesøstrene som hadde erfaring fra bruk av EPDS-verktøyet, understreket at de fleste kvinner som ble spurt, opplevde dette som en positiv opplevelse. Videre bekreftet helsesøstrene viktigheten av samtalen med kvinnen i etterkant av kartleggingen, og flere problematiserte hva man kunne få tak i ved kartlegging, og hva man fikk tak i med en tillitsfull samtale med kvinnen i etterkant. I tillegg ble spørsmålet om hva som skjer etter en kartlegging diskutert, hva som må være på plass av langsiktig planlegging, strukturelle forhold, og hvordan helsesøster skal kunne vurdere mor og fars situasjon i sammenheng. Det ble også lagt vekt på behovet for samarbeid med NAV og andre tjenester, som ulike deler av spesialisthelsetjenesten, og hvorvidt disse tjenestene hadde kapasitet til å følge opp kartleggingen.

Siste halvdel av dagen ble brukt på undervisning om vold i nære relasjoner og kartleggingsverktøyet AAS, i regi av to representanter fra RVTS. Jeg observerte at fagansvarlige delte undervisningen mellom seg på en fin måte, og at de også fungerte godt i tospann. Undervisning om vold i nære relasjoner fikk svært mange positive kommentarer fra deltakerne. En fra familieteamet uttrykte det slik: *«Ønsket mer kunnskap om vold.»* En sykepleier fra helsestasjonen sa det slik: *«Burde ha hatt en dag hver om psykisk helse/depresjon og familievold.»* Det kom også flere spørsmål og kommentarer fra salen som understøttet at deltakerne opplevde det som vanskelig å tematisere og snakke om vold i nære relasjoner. Dette fordi det var så tabubelagt, at man ikke visste hva man skulle gjøre hvis man avdekket vold i nære relasjoner, og at man var bekymret for å gjøre kvinnens situasjon mer utrygg ved å spørre. Representanten fra RVTS vektla behovet for å snakke med kvinnen alene, og ikke tematisere vold i nære relasjoner med partner tilstede.

Dag fire ble gjennomført 24. mars 2011 i rådhuset i Namsos. Lokalet var stort, og lite egnet for å få i gang større debatter og dialog med salen. Undervisningen i kompleks problematikk ble gitt av Bufetat og familievernet, og foreleser oppfordret deltakerne til å tenke igjennom følgende spørsmål: Hvor i tiltakskjeden kommer du inn i komplekse saker? Er det en klar forståelse av roller i tiltakskjeden? Hvem er de andre?

Under diskusjonene om taushetsplikt og meldeplikt kom det opp et eksempel fra salen hvor en lærer hadde ønsket å melde bekymring for et barn til barnevernet, men rektor hadde stoppet bekymringen fordi han hadde en annen vurdering enn læreren av situasjonen. Det ble klargjort fra underviser at alle har en meldeplikt og

at den er personlig, samtidig som foreleser uttrykte forståelse for at en bekymringsmelding uten støtte fra leder ville oppleves som vanskelig for lærer. Jeg la merke til at den første delen av dagen ble litt forelesningstung, og flere deltaker tok dette opp i sine kommentarer. En representant fra familieteamet sa det på denne måten: *«Jeg lærte ikke noe som jeg kan bruke i min arbeidshverdag med de vanskelige sakene. Det blir ikke konkret nok.»* En helsesøster var opptatt av samme tema og sa:

*«Jeg tror det ville fungert bra med tverrfaglig gruppearbeid omkring en case. Vi har mange vanskelige saker som vi sliter med å få løst på hensiktsmessige måte, vi kom ikke noe nærmere en løsning på dag fire.»*

Jeg observerte at deltakerne i Namsos også virket tankefulle etter filmen *Hjemme verst*. Noen deltakere sa de hadde sett filmen før, mens andre la vekt på at det var en særdeles sterk opplevelse; *«En oppfordring til å tørre å se»*, som en sykepleier sa det.

En måte å tolke deltakernes respons på filmen er at denne gav et visst rom for å bearbeide og reflektere over erfaringer. Dette uttrykker en holdning til kunnskap som finnes igjen hos for eksempel Ingela Josefson (1991:19): *«Faktakunnskap blir inte levande innan den har bearbetas»*. Det betyr at like viktig som å gi kunnskap, er det å gi rom for å bearbeide den og reflektere over den. Likedan er refleksjon over egne erfaringer viktig. Og som Josefson også er inne på, stiller dette krav til formen:

*«För at yrkeskunnandet skall kunna utvecklas krävs det utrymme för personalen att reflektera över och bearbeta sina erfarenheter. Detta är en form för kunskapsutveckling, men den skiljer sig från den teoretiska utbildningens högskolekurser (Josefson 1991:29)».*

Slik erfaringslæring skiller seg fra faktalæring ved at den i større grad appellerer til emosjonene. Filmene *Hjemme verst* appellerte til deltakernes følelser, og den kan ha aktualisert refleksjoner rundt egne erfaringer og bekymringer for konkrete komplekse saker deltakerne har strevd med å løse.

Dagen ble avsluttet med en paneldebatt. Debatten hadde sju representanter fra familieteam, barnehage, Bufetat, barnevern, Familievern, Rus og psykiatri, og en jordmor. I diskusjonen om det tverrfaglige samarbeidet i komplekse saker, ble

samarbeidet med NAV problematisert. Både representanter fra barnevernet og familieteamet etterlyste bedre NAV-samarbeid, en økt bruk av fagmøter samt tilbud om økonomiske ytelser (etableringslån, gjeldssanering, osv.) til familier som sliter. Representanten fra Rus og psykiatri understreket at de var flinke til å jobbe med voksne, men at de kunne bli bedre til å se barna, og at de ønsket å komme i bedre dialog med voksne om deres barn. På spørsmålet; Hva er det viktigste du har lært på kurset? var det mange av deltakerne som trakk frem betydningen av det tverrfaglige, tverretatlige samarbeidet og innsikten kurset hadde gitt i ulike etaters kompetanse og ansvarsområde. De følgende sitatene illustrerer dette:

*«Jeg ser at kommunen må bli mye bedre på samhandling da enheter jobber godt hver for seg, men ikke godt nok sammen.»*

*«Jeg har lært mer om hvilken kompetanse som finnes hos mine samarbeidspartnere.»*

*«Jeg har fått innblikk i alvorlighetsgraden av problematikken. Fått større forståelse av hvordan andre etater jobber og hvordan vi kan samarbeide bedre.»*

På spørsmålet om de hadde konkrete forslag til hvordan kurset kunne bli bedre, svarte flere at de ønsket seg mer fokus på flyktninger og asylsøkere, mens andre ønsket en enda tydeligere lokalforankring av alle temaene i programmet. Slik uttrykte en ansatt på familievernkontoret det:

*«La konseptet med tverrfaglig samarbeid i vanskelige saker knyttet til rus og vold få lokal forankring slik at det er den lokale virkeligheten som gjenspeiles med både fortrinn og svakheter, både i de enkelte etater og når det gjelder samarbeid.»*

Lokalt eierforhold trekkes frem som sentralt for at sentralt initierte tiltak skal lykkes. Eierforholdet framstår som sterkest når kommunen har laget sine egne tiltak, og det er skapt en vi-følelse rundt prosjektet (Baklien m.fl. 2007, Baklien og Wejden 2009:105). Namsos fulgte opp deltakernes etterspørsel etter mer kunnskap om vold i nære relasjoner på den femte dagen av programmet, og viet hele dagen til denne tematikken.

### 3.12 Dag tre Vennesla: Tørre å ta tak i vold

Dag tre i Vennesla ble gjennomført 10. mars 2011. Undervisningen var flyttet til Filadelfiahuset. Rommet undervisningen foregikk i var godt egnet til formålet. Det var de samme to helsesøstrene som hadde undervist i fødselsdepresjon og bruk av EPDS i Skedsmo, som underviste i dette i Vennesla. Også i Vennesla var EPDS innført blant en del av helsesøstrene. På samme måte som helsesøstrene i Skedsmo, nevnte også de at denne delen av programmet nærmest ble som en repetisjon, og at de ønsket mer plass til egne erfaringer med bruk av EPDS. Slik uttrykte en av kursdeltakerne frustrasjonen over at kompetansen som allerede fantes i Vennesla, i for liten grad ble trukket inn i undervisningen:

*«Sammensatte problemstillinger løses ikke ved generelle metoder uten forankring i de lokale levekårene, med utgangspunkt i den kompetansen som allerede er tilstede.»*

Del to av dag tre i Vennesla hadde vold i nære relasjoner som tema. Undervisningen ble gitt av en representant fra RVTS. Deltakerne fremstod som engasjerte, og flere sa de opplevde kunnskapen om vold i nære relasjoner som nyttig. Noen deltakere trakk også frem vold i nære relasjoner som det viktigste de hadde lært på kurset. Slik formulerte en helsesøster det: *«Det viktigste jeg lærte på kurset var å tørre se etter vold og snakke om det.»*

Generelt var deltakerne i Sør mer tilfreds med dag tre av programmet enn de var med de to første dagene. Jeg la også merke til at stemningen var mer avslappet og åpen på denne dagen enn de foregående.

### 3.13 Dag en og to Bodø: Ikke grundig nok på TWEAK

Dag en og to ble gjennomført 29. og 30. mars 2011 i Bodø Rådhus. Av de 44 deltakerne som svarte på spørreundersøkelsen, var 41 kvinner og tre menn; nitten helsesøstre, fire jordmødre, sju sosionomer, en førskolelærer, fem barneverns-pedagoger, tre psykologer, to leger, to spesialpedagoger og en fysioterapeut. I første del av programmet ga kommuneledelsen en innledning der det ble lagt vekt på at tidlig intervensjonsarbeid fordrer samarbeid og samordning mellom etater, og at samordning forutsetter at man selv tør å endre seg og ikke bare forventer endring hos andre. Det ble også gitt en forventning om at opplæringskurset ville konkretisere hva som skulle gjøres hvis man oppdaget et barn eller en familie med problemer, slik at praksis ble endret og kommunen tidlig kunne tilby direkte hjelp.

Deltakerne ble også spurt om deres forventninger til opplæringen: «Hva bør bli bedre i Bodø?», spurte fagansvarlig. Jeg observerte at det ikke var lett å få forsamlingen i tale. En grunn til dette var at lokalet var stort og innbød i liten grad til plenumsdiskusjoner.

Innledningen til programmet ble holdt av kommunekoordinatoren, og jeg la merke til at hun gjorde noen fine presiseringer i sin introduksjon, hvor hun skilte mellom hva som ble forventet av deltakerne som henholdsvis skulle drive kartlegging/ikke drive kartlegging. Andre del av dagen ble brukt på temaet *hvordan åpne for dialog og endring på sårbare områder, som psykisk helse, rus og vold?*, i regi av KoRus. Jeg observerte at fagansvarlig var ivaretagende overfor kompetansen til deltakerne ved å understreke deres kompetanse på empatisk rådgivning. Hun gjorde også fine og tydelige sonderinger mellom støttesamtale og motiverende intervju. Samtidig uttrykte noen av deltakerne at forelesningen ble litt for generell og høytravende. Slik uttrykte en helsesøster det: «*Bra forelesning, men tungt å henge med.*» En annen helsesøster uttrykte det på følgende måte: «*Dag en hadde lite relevansen for min jobb.*»

Dag to fortsatte i de samme lokalene. Dagen begynte med temaet: Egen rolle i dialog med en sårbar forelder, i regi av KoRus Nord. Jeg la merke til at også under denne presentasjonen ga foreleser tydelige presiseringer av koblingen mellom MI og TWEAK. Flere av deltakerne uttrykte at MI-forelesningen var god, og at de godt kunne tenke seg mer opplæring i MI. Slik uttrykte en jordmor det: «*Ryddige og flinke forelesere.*» Andre del av dag to var viet til hvordan alkohol skader fosteret, og bruk av TWEAK, med vekt på barrierer mot å samtale om rus. Flere deltakere uttrykte at de var skuffet over TWEAK-delen av programmet fordi de opplevde at den ikke ga tilstrekkelig kunnskaper om hvordan kartleggingsinstrumentet skulle brukes i praksis. Dette synspunktet kom klart frem hos en deltaker som sa følgende:

*«Undervisningen ga alt for lite tid til grundig gjennomgang av verktøyet – alt for stor vektning på teori/begrunnelse for bruken av TWEAK. Kommunen har hatt kompetanseheving på dette i mange runder i løpet av modellkommune-prosjektet.»*

I vurdering av pilotgjennomgangen i Nord er det flere aspekter som bør nevnes. For det første kom det frem at det regionale teamet i Nord ikke hadde den samme kompetansen som de andre regionale teamene. Dette gjaldt spesielt R-BUPs

representant i teamet som manglet erfaring med bruken av EPDS. For det andre uttrykte flere av medlemmene i det regionale teamet i Nord at de hadde et godt team, og at de jobbet bra sammen. Medlemmene i teamet fulgte hverandres undervisning i programmet, og teamleder fulgte til og med undervisningen i Namsos som en forberedelse til undervisningen i Bodø. Teamleder deltok også aktivt i etableringen av veiledningen i Bodø, og hadde ansvaret for en av veiledningsgruppene som ble etablert. Men det var ingen medlemmer fra det regionale teamet i Nord som satt i den nasjonale arbeidsgruppa, og de hadde derfor ikke noe direkte talerør inn i denne. Dette opplevdes som spesielt problematisk for R-KPBU (R-BUP Nord) når det gjaldt revideringer av manualen, fordi de opplevde at R-BUP Sør og Øst dominerte dette arbeidet.

En representant fra det regionale teamet i Nord kom imidlertid inn i arbeidsgruppa høsten 2011. Samtidig møtte det regionale teamet i Nord en veldig godt forberedt kommune. Bodø var den siste pilotkommunen og hadde utsatt undervisningen til de var klare for å innføre kartleggingsverktøyene. Dette betydde blant annet at de hadde etablert samarbeidsavtaler mellom helsestasjonen og voksenpsykiatrien og avtaler mellom helsestasjonen og den kommunale rusomsorgen. I tillegg hadde de greid å rekruttere fire leger til å delta på kurset. Poenget er at selv om det regionale teamet i Nord samarbeidet godt, var engasjerte og flittige, møtte både teamet og programmet kritikk i Bodø. En hovedgrunn til dette var at Bodø kommune var veldig godt forberedt, og forventningene til opplæringskurset var høye.

### **3.14 Tilbakemeldinger og nye revideringsrunder**

Til arbeidsmøtet 12. april 2011 ble jeg bedt om å gi noen foreløpige tilbakemeldinger fra evalueringen. På dette tidspunktet hadde regionene Vest (Askøy) og Midt-Norge (Namsos) gjennomført de fire første dagene. Regionene Sør (Vennesla) og Øst (Skedsmo) hadde gjennomført de tre første dagene, og region Nord (Bodø) hadde gjennomført de to første dagene av programmet. Jeg analyserte foreløpige funn fra dagene enkeltvis for å svare på følgende spørsmål: Hva hadde lyktes og hva hadde ikke lyktes ved gjennomføringen av programmet så langt i pilotene? På bakgrunn av dette presenterte jeg forslag til endringer og tydeliggjøringer som burde gjøres i programmet. For dag en la jeg vekt på at det burde tydeliggjøres hva som skiller MI fra generell samtalemetodikk, som for eksempel empatisk rådgivning/veiledning, slik det praktiseres av deltakerne. Videre burde det presiseres hva som menes med tidlig intervensjon, og at hvordan dette defineres, har lagt føringer på programmets utforming (kartleggingsverktøy, målsetning og

målgruppe). I tillegg etterspurte jeg tydeliggjøringer av forholdet mellom generell samtalemetodikk, MI og støttesamtale. Jeg antydte også at kursdeltakerne burde få en større plass på første dag. For dag to understreket jeg betydningen av å tydeliggjøre koblingene mellom TWEAK og MI. For dag tre etterlyste jeg en større sammenheng med de to forgående dagene. Samt en klargjøring av hvem som skal benytte AAS og hva tidlig intervensjon (forebygging) er når det gjelder vold i nære relasjoner. For dag fire etterlyste jeg klargjøringer av hvordan det tverrfaglige samarbeidet i kommunen kan endres, og hvilken (ny?) handlingskompetanse som trengs som følge av innføringen av tre nye kartleggingsverktøy. I tillegg problematiserte jeg temaene kjønn og etnisitet, og etterspurte fokus på disse temaene i programmet.

Disse tilbakemeldingene sammen med den nasjonale arbeidsgruppas egen-  
evalueringer av pilotkommunene, avfødte nye revideringsrunder av manualen. De  
respektive skriveansvarlige skulle innhente kommentarer fra sine kompetansemiljø,  
og innspillene skulle tas i betraktning sammen med innspillene fra SIRUS. Arbeidet  
med manualen var med andre ord fremdeles ikke ferdigstilt, snarere utviklet dette  
arbeidet seg til en svært tidkrevende og strevsom prosess. I de oppsummerende  
intervjuene jeg foretok med medlemmene i arbeidsgruppa, og i etterpåklokskapens  
lys, ble arbeid med manualen oppsummert på følgende måte av ett av medlemmene:

*«Jeg tror vi kunne ha jobbet mer strukturert med den (manualen). Jeg tror, vi  
trodde at sluttproduktet skulle komme mye tidligere enn det gjorde. Så det ble  
veldige mye prøving og feiling, og vi har gått for langt i forhold til språkvask og  
trykking og slike ting. Vi skulle ha laget en mye grovre manual som vi kunne  
prøve ut. For vi hadde en slitsom prosess fordi vi hadde ambisjoner om  
ferdigstilling før det var realistisk at det skulle skje da.(...) Og hvis du tenker at  
dette har vært en dugnadsjobb, hvor ingen har hatt ressurser til å ta den  
overordnede styringen av det, og hadde vi hatt mer ressurser til å ha det  
organisatoriske og strukturelle på plass fra starten, så hadde det spart oss for  
mye slit, men det vi hadde tap er denne fellesløftfølelsen som vi har fått, så det  
har sine positive sider.»*

På den ene siden fremholder medlemmene i arbeidsgruppa at arbeidet med  
manualen har vært strevsomt, at det burde ha vært satt klare tidsfrister, at man  
ikke burde ha sendt manualen til språkvask og trykking så mange ganger, og at  
man kanskje ikke skulle ha hatt som mål å ha en ferdig kursmanual til utprøvingen  
i pilotkommunene. Det finnes også svært mange ulike versjoner av manualen ute i

kommunene. På den andre siden understreker flere av medlemmene at de kontinuerlige endringene av manualen, og de faglige diskusjonene som denne revideringen har avfødt, har vært med på å gi kompetansemiljøene som har drevet undervisningen, en større innflytelse og følelse av å «eie» eller gjøre innholdet i manualen til sitt eget (se også Baklien m.fl. 2007, Baklien og Wejden 2009:105). Med andre ord har de fått muligheten til å komme med sine innspill etter at de har prøvd ut undervisningen, samtidig som deres innspill har blitt drøftet og ofte blitt tatt hensyn til.

Videre i møtet tar arbeidsgruppa opp viktige faktorer når det gjelder de organisatoriske rammen i programmet. Samarbeidsavtalen med kommunen ble åpnet for revideringer, og det ble presisert at det må inn i avtalen at kommunen skal kartlegge tiltak, hva de har og hvilke tjenester som er relevante med hensyn til det som må gjøres, samt at kommunen må forplikte seg til å endre rutiner underveis i programmet. Spørsmålet om programmet skal videreføres i nye kommuner før evalueringen fra SIRUS foreligger, ble diskutert, og det ble klargjort at arbeidsgruppa ikke ønsket å vente på en evaluering fra SIRUS. De ønsket å kjøre programmet videre, og «smi mens jernet er varmt» i de regionale teamene. Det ble også informert om arbeidet med en strategiplan for veiledningen i programmet.

I tillegg informerte Helsedirektoratet om at opplæringsprogrammet er godkjent av Legeforeningen for kompetansegivende poeng for spesialisering i samfunnsmedisin, allmennmedisin og barnesykdommer. Arbeidsgruppa håpet selvsagt at dette vil være med på å «lette» rekrutteringen av fastleger til opplæringsprogrammet.

### **3.15 Dag fire Vennesla: For kort tid til paneldebatten**

Dag fire i Vennesla ble gjennomført på Filadelfiahuset 13. april 2011. Tema for dagen var kompleks og alvorlig problematikk, i regi av Bufetat. Deltakerne framsto som engasjerte og konsentrerte under oversiktsforelesningen om de juridiske aspektene i komplekse saker; taushetsplikt og meldeplikt. Fagansvarlig fra familievernnet holdt deretter en forelesning om familier som lever med høykonflikt, med fokus på problemene som oppstår når foresatte slutter å se barna fordi de står i konflikt med hverandre. Det så ut til at også denne delen av programmet engasjerte deltakerne, og de stilte mange relevante spørsmål om hvordan de kunne avdekke og avverge situasjoner med høyt konfliktnivå i familier.

Også i Vennesla ble filmen *Hjemme verst* godt mottatt, og det virket som den satte i gang refleksjoner over egne erfaringer og følelser (jf Josefson 1991). Dette fordi det i etterkant av filmen ble diskusjon om hva som hindrer deltakerne i å handle på bekymring. En helsesøster problematiserte hvordan hun kunne ivareta og følge opp en mor når hun samtidig hadde rapportert henne til barnevernet. Et annet tema som kom opp i disse diskusjonene, var hvordan de kommuneansatte skulle orke å stå i sinne og frustrasjon fra foreldrene når de meldte bekymring til barnevernet. Flere uttrykte også at de følte stor avmakt og maktesløshet fordi de ikke hadde klart for seg hvilke handlingsalternativer de hadde i komplekse saker. Deltakerne jobbet også med et case for å trene seg på å beholde et barneperspektiv i en kompleks sak. Flere deltakere nevnte at arbeidet med dette caset var nyttig, selv om mange helst hadde ønsket å jobbe med et case hentet fra eget arbeid. Tolket i lys av Molanders (1997) skille mellom *framåtblickande* og *tilbakablickande* kunnskap, hjalp refleksjoner rundt egne erfaringer og arbeidet med et case til å flytte fokus over på *tilbakablickande* kunnskap, hvor deltakerne aktivt kunne benytte sine erfaringer, og være konstruktører i sin egen yrkesutøvelse.

Mot slutten av dagen informerte barnevernet om hvilke tiltak de hadde i Vennesla. De nevnte følgende: Råd og veiledning, henvisninger til utredninger for vold, seksuelle overgrep og psykisk helse, besøkshjem, avlastningshjem, SFO og barnehagetilskudd, økonomiske tilskudd rettet mot barnet og støttefamilie, støttekontakt, fritidsassistent, osv. Flere deltakere understreket hvor viktig og nyttig presentasjonen fra barnevernet hadde vært. I diskusjonen i etterkant ble det også reist spørsmål om NAVs plass i tiltakskjeden og hva de kunne gi av hjelp og økonomisk rådgiving.

Dagen ble avsluttet med en paneldebatt med representanter fra psykisk helse, barnevern og helsestasjon. I denne debatten kom det frem at barnevernet samarbeider godt med psykisk helse, men at de føler seg litt fanget av at andre etater ikke vet hva barnevernet gjør. Noe av dette ansvaret tok de selv ved å si at de sjelden gir tilbakemeldinger på bekymringsmeldinger, og at de sjelden deler tiltaksplaner med andre instanser. Representantene fra helsestasjonen la vekt på at de var klar over flere familier og barn som lever i risiko, men at de var tvilende til om de gjør nok i disse sakene. Helsesøster understreket at de var flinke i de sakene hvor det var fysisk funksjonshemmede barn, men at de ikke var like flinke til å jobbe med saker preget av samspillsproblemer som hadde sin bakgrunn i rusmiddelproblemer, psykiatri og vold. De understreket også at de burde bli flinkere til å samarbeide med NAV, og at familier som sliter med dårlig økonomi

ofte også har et mangelfullt sosialt nettverk. Det var en engasjert stemning blant deltakerne under paneldebatten, og flere av deltakerne sa at de satte stor pris på paneldebatten. De følgende deltakersitatene illustrerer dette:

*«Jeg var veldig fornøyd med diskusjonene om forbedringspotensialet i Vennesla.»*

*«Hadde vært fint med mer tid til paneldebatten, slik at det kunne blitt en debatt!»*

*«Paneldebatten synliggjorde nødvendigheten av å utvikle gode rutiner.»*

Generelt engasjerte det lokale samarbeidet i komplekse saker deltakerne mer enn opplæring i samtalemotodikk og kartleggingsverktøy. Dette speiler til en hvis grad den tverrfaglige sammensetningen av deltakerne, og at så mange av dem ikke skulle benytte kartleggingsverktøyene.

### **3.16 Dag fire Skedsmo: For kort tid til paneldebatten**

Dag fire i Skedsmo ble gjennomført 14. april 2011 i Kunnskapens Hus på Kjeller. Tema for dagen var kompleks problematikk, i regi av Bufetat. Fagansvarlig, som også var teamleder for det regionale teamet i Øst, holdt en innledning hvor hun tok utgangspunkt i deltakernes praksis med kompleks problematikk. Deltakerne fremstod lyttende og konsentrerte, samtidig la jeg merke til at fagansvarlig gjorde tydelige presiseringer når det gjaldt det statlige og det kommunale barnevernets ansvarsområde, samarbeid internt i etatene og samarbeidet på tvers av etater. Fagansvarlig vektla også tillit til andre instanser som en viktig forutsetning for at barnevernet viker fra taushetsplikten og deler informasjon. Videre tematiserte hun hvordan kommuneansatte kunne si til foreldrene at de vil melde bekymring til barnevernet. Og hun problematiserte hvem som skal melde bekymring, og hvordan en bekymring til barnevernet bør meldes.

Filmen *Hjemme verst* satte sitt preg også på deltakerne i Skedsmo, og flere fremholdt filmen som dagens høydepunkt. Ellers nevnte også flere av deltakerne foredraget fra familievernnet som godt og innsiktsfullt. Også i Skedsmo ble dagen avsluttet med en paneldebatt, mellom representanter fra følgende ulike etater: Barn- og småbarnsbasen, barnehagene, førskoleteamet, PPT, barnevern, og helsestasjonen. Barnehagene understreket at helsestasjonen og barnehagene i kommunen burde ha et bedre og tettere samarbeid. Helsesøster påpekte at når de

innførte EPDS i 2007, hadde de etablert gode samarbeidsrutiner med andre etater, og at slike rutiner også måtte være på plass før de eventuelt vurderte å innføre TWEAK og AAS. Barnevernet understreket også behovet for en utvidet tiltakskjede i Skedsmo, og at ansvaret for at dette skulle komme i stand primært lå på ledernivå i kommunen. Barnevernsrepresentanten sa at andre i tjenestekjeden, ut fra deres erfaring, ikke kjente godt nok til barnevernets tilbud og hvilke tiltak de kunne sett inn i komplekse saker. Flere av deltakerne trakk frem paneldebatten som et høydepunkt på dagen, og ønsket seg mer tid avsatt til denne. De følgende deltakersitatene illustrerer dette:

*«Paneldebatten var veldig bra. Kunne ha vært lengre og gjerne flere instanser slik som rusteamet, NAV, Politi.»*

*«Vi skulle ha startet med paneldebatten tidligere. Kanskje allerede første dagen for å øke engasjementet og slik at alle hadde innsikt i hverandres fagområde. Ikke minst hadde foreleserne kjent mer til systemet i Skedsmo kommune da!»*

*«Det ble alt for lite tid til felles drøfting i salen og paneldebatten.»*

Generelt etterlyste deltakerne en tydeligere kommunal forankring på kurset, slik det kommer frem i det følgende svaret på spørsmålet: Har du konkrete forslag til hvordan kurset kan bli bedre?

*«Kurset kunne blitt bedre om det hadde vært mer tilpasset Skedsmo kommune. Eks. på forhånd sett på hvilke tiltak vi faktisk bruker i kommunen, som EPDS. Hva er utfordringene i denne kommunen? Jeg mener vi har flere bra tiltak, men mangler på gode samarbeidsrutiner mellom etatene og de ulike tjenestene i samme avdeling.»*

Selv om kursdeltakerne i Øst etterlyser større lokal forankring av opplæringen, understreker de på samme måte som deltakerne i de andre pilotkommunene, betydningen av det tverretatlige samarbeidet for å kunne lykkes i arbeidet med komplekse problemer.

### 3.17 Veiledning/videre implementering rykker fram

Det ble avholdt et møte i arbeidsgruppa 5. mai 2011. Et hovedtema på dette møtet var veiledningen i kommunen. Flere i arbeidsgruppa var bekymret for at veiledningen i de aktuelle kommunene ikke hadde kommet skikkelig i gang. De ønsket derfor å presisere innholdet og varighet på veiledningen. Også veiledningsdiskusjonene speiler programmets uklartheter om målsetninger. Dette er fordi det var uklartheter om hvorvidt veiledningen skulle tilpasses de av deltakerne som skulle benytte verktøyene eller om den skulle tilpasses en tverrfaglig gruppe. I denne sammenheng ble det også påpekt at region Øst og Nord hadde løst veiledningen på to svært ulike måter. I Nord la de vekt på at veiledningen skulle gi støtte til bruk av de nye kartleggingsverktøyene, mens det i Øst var blitt lagt vekt på tverrfaglig samarbeid i veiledningen. Etter en lengre diskusjon ble det vedtatt at kommunene skal ha avtale om veiledning tre timer i måneden, hvor en time er forbeholdt de som utfører kartleggingen, og to timer vies til spørsmål rundt det tverrfaglige samarbeidet. Det ble også reist spørsmål om hvordan veiledningen kunne integreres i evalueringen, da dette ikke inngikk i spørreundersøkelsen som ble sendt til deltakerne. Det ble vedtatt at arbeidsgruppa skal utføre sin egen evaluering av veiledningen.

Det ble også satt en ny dato, 1. juli 2011, for ferdigstillelse av manualen.

### 3.18 Dag tre og fire Bodø: Kursholderne må ha erfaring i å bruke verktøyene!

Dag tre i Bodø ble gjennomført 9. mai 2011 i Bodø rådhus. Temaet for første delen av dagen var psykiske reaksjoner i svangerskap og barseltid, samt en innføring i EPDS. Det faglige ansvaret for dagen lå hos RKBUP. Fagansvarlig ga et godt teoretisk utgangspunkt for EPDS og historien bak kartleggingsverktøyet, samtidig opplevde jeg en noe avventende atmosfære blant deltakerne. Flere deltakere uttrykte at de ikke fikk tak i hvordan EPDS skulle benyttes konkret på helsestasjonen, noe som kan illustreres av følgende tilbakemeldinger:

*«Vi venter på å komme i gang med verktøyene, men opplæringen var ikke god nok for dette.»*

*«Jeg savnet mer fokus på de verktøyene vi skal bruke og hvordan de skal brukes.»*

*«Mer konkret hvordan man samtaler med den gravide om både alkohol og depresjon- Jeg ville ha mer konkret tips.»*

*«Få med helsesøstre og jordmødre som har erfaring med praktisk gjennomføring av de ulike kartleggingsverktøyene, som også kjenner hverdagen og formålene med helsestasjonstjenesten.»*

Andre del av dagen var viet samtale om vold i nære relasjoner og bruken av kartleggingsverktøyet AAS, i regi av RVTS. Det var to fagansvarlige som vekslet på å undervise. Det kom flere spørsmål fra salen hvor deltakerne ville at foreleserne skulle være mer konkret når det gjaldt hvordan man ved helsestasjonen skulle spørre om vold i nære relasjoner. De fagansvarlige svarte godt på hvordan sikkerhetsarbeidet burde utføres i sammenheng med bruk av AAS, at kvinnen burde spørres når hun var alene, og ikke sammen med mannen. Samtidig bar fagansvarlige preg av at de ikke hadde erfaring fra å jobbe med gravide og småbarnsforeldre, noe som var forventet av helsesøstre og jordmødre. I motsetning til deltakere i de andre regionene, reagerte flere av deltakerne i Bodø svært negativt på dag tre i programmet. Stemningen var nærmest litt aggressiv mot slutten av dagen. Det ble også holdt et oppsummeringsmøte etter at undervisningen var ferdig, hvor det kom frem at de kommuneansatte tidligere hadde hatt undervisning i vold i nære relasjoner, og opplevde voldsundervisningen i programmet som overflatisk i forhold til hva de hadde forventet seg. En deltaker sier det slik:

*«Foreleserne på EPDS hadde ikke egen erfaring med verktøyet – det forventes i en opplæringsssituasjon. Foreleserne på vold virket lite samkjørte og hadde tydeligvis ikke brukt AAS selv. Jeg mener helt klart at en opplæringspakke må man bruke fagfolk som har gode og konkrete erfaringer med verktøyene. Teoretisk begrunnelse og kunnskap om fenomenene (fødselsdepresjoner og vold) fikk altfor stor vekt. Dette var kjent stoff fra før.»*

Som tidligere nevnt, var Bodø en kommune som var svært klar for å innføre kartleggingsverktøyene, og var godt forberedt. Forventingene til opplæringen ble imidlertid ikke innfridd.

Dag fire i Bodø ble gjennomført 30. mai 2011. Tema for dagen var, som i de andre kommunene på dag fire, utfordringer i familien og for barn ved alvorlige og/eller komplekse problemer. I tillegg hadde Bufetat fokus på et samarbeid for et helhetlig og enhetlig tjenestetilbud til de mest sårbare barna. Teamleder i det regionale teamet i

Nord ga en fin innledning hvor hun trakk tråder mellom de foregående tre dagene og dag fire. Samtidig la jeg merke til at hun strevde med å få til en dialog med deltakerne. Det var en litt forsagt og taus forsamling. Filmen *Hjemme verst* fikk også mye ros fra deltakerne i Bodø, selv om noen la vekt på at de allerede hadde sett filmen.

Avslutningsvis ble det også i Bodø holdt en paneldebatt der representanter fra familiesenteret, barneverntjenesten, helsesøster, oppvekstkoordinator og en fastlege deltok. Ansvarssekvensene i de alvorlige sakene ble problematisert av både familiesenteret og av barneverntjenesten. På den ene siden mente paneldeltakerne at samarbeidet i konkrete saker styrket fremtidig samarbeid, fordi folk blir kjent med hverandre og visste at de kunne ta kontakt også i andre saker. På den andre siden mente deltakerne at det i komplekse saker ofte oppstod problemer når det gjaldt hvem som hadde ansvaret. Barnevernet nevnte også at de hadde utviklet gode samarbeidsrutiner med helsestasjonen i saker med regulerings- og samspillsvansker i familier som har problemer med psykisk sykdom og rusmiddelmisbruk. Helsesøstre etterlyste større klarhet i hva konkret samhandling var i praksis, og hvordan dette kunne knyttes til ulike roller og ansvarsdeling mellom de ulike etater. Videre etterlyste helsesøster også mer legeressurser ved helsestasjonen. Fastlegen beskrev seg selv som litt på siden av kommunens øvrige tjenestekjede. Legen sa også at han aldri hadde sendt en bekymringsmelding til barnevernet. Videre opplevde legen at det var litt uklart hva som ville være hans rolle når det gjaldt innføringen av nye kartleggingsverktøy. Samtidig åpent legen for samarbeid med de andre etatene, men påpekte at det var klokt å legge samarbeidsmøter til slutten av dagen, for da var sjansen størst for at legen ville delta.

Flere av deltakerne ga uttrykk for at de var litt skuffet over dagen. Det følgende deltakersitatet illustrer dette:

*«Skulle ønske at dagen var planlagt ut fra mer kunnskap om hvordan det fungerer i vår kommune, og drøftet konkrete utfordringer.»*

Etter fjerde, og før femte kursdag, og som en følge av kritikken reist mot opplæringsprogrammet, skaffet Bodø mer kompetanse til ansatte ved helsestasjonen i bruk av både TWEAK og EPDS. Representanter fra kommunen reiste på studietur til Namsos for å lære om bruken av TWEAK på helsestasjonen der, og de fikk tilleggskurs i bruk av EPDS i regi av R-BUP. I tillegg ble den konkrete bruken av verktøyene et hovedtema i veiledningen som startet opp sommeren

2011. I noen av veiledningsgruppene øvde de seg på å stille spørsmålene fra både EPDS og TWEAK før de gikk i gang med bruken av verktøyene.

### **3.19 Opplærings- eller introduksjonskurs?**

Det ble holdt møte i den nasjonale arbeidsgruppa 28. august 2011. Et sentralt tema her var kritikken som blant annet var reist fra Bodø om at opplæringsprogrammet ikke ga tilstrekkelig undervisning i de verktøyene og samtalemetodikkene som det var ment å implementere. Kritikken innbefattet også en økonomisk argumentasjon ved at de to direktoratene sparer penger ved å tilby flere verktøy i en pakke, mens kommunen taper penger fordi de må kjøpe tilleggsundervisning for å kunne implementere verktøyene. På møtet ble denne alvorlige kritikken til en viss grad redusert ved at man valgte å diskutere hvorvidt programmet kunne kalles et opplæringskurs eller et introduksjonskurs. Den påfølgende diskusjonen brakte igjen opp diskusjonen om kompetansemiljøene burde drive tilleggsundervisning i kartleggingsverktøyene. Diskusjonen aktualiserte også spørsmålet om hvor fleksible de regionale teamene kunne være i møte med kommunenes ulike ønsker, forventninger og kompetanse. Et sentralt spørsmål var om kommuner som allerede hadde innført EPDS, kunne utelate denne undervisningen og heller utvide andre deler av programmet. På den ene siden mente arbeidsgruppa at det var viktig å være pragmatisk i møte med kommunenes krav og tilpasse seg disse. På den andre siden var arbeidsgruppa redd for å miste det tverrfaglige og helhetlige i å se vold i nære relasjoner, rus og psykiatri i sammenheng, noe som fort kunne skje hvis det ble for store variasjoner i programgjennomføringen.

Det ble også understreket at når veiledningen kom på plass i kommunen, kunne mangler ved opplæringen løses i veiledningen. Veiledning ville da nærmest bli en salderingspost for det man ikke hadde fått til med undervisningen. Samtidig er det viktig å understreke at erfaring med bruk av de ulike verktøyene, og kunnskaper om samtalemetodikken MI, var mangelvare hos de kommunale veilederne. Likevel vedtok arbeidsgruppa å beholde navnet opplæringsprogram.

Kommunikasjonsflyten mellom de regionale teamene og arbeidsgruppa ble også diskutert. Et sentralt spørsmål var om det for å sikre kommunikasjonsflyten burde være en representant fra alle de regionale teamene med i arbeidsgruppa. Arbeidsgruppa mente at en representant fra det regionale teamet i Nord burde inngå i arbeidsgruppa. Det ble imidlertid ikke stilt spørsmål ved om det regionale

teamet i Midt også burde ha en representant, selv om de nå er det eneste teamet uten representant i arbeidsgruppa.

Videre ble det diskutert om ikke opplæringsprogrammet burde godkjennes for jordmødre og sykepleiere, slik at også disse gruppene kunne få kompetansepoeng for å gå på kurset. Det er interessant at profesjonene som faktisk hadde gått på kurset, og som var villige og klare til å implementere kartleggingsverktøyene, ikke var blitt tatt hånd om og søkt kompetanseheving for på et tidligere tidspunkt i prosessen. Legene derimot, ble viet mye oppmerksomhet og ressurser for å bli gitt kompetansehevingspoeng. Med andre ord var arbeidsgruppa mer opptatt av å mobilisere fastlegene til programmet enn å ivareta helsesøstre og jordmødre som var de profesjonene som faktisk deltok og bidro til implementering av verktøyene.

### **3.20 Dag fem: Kommunene «snakker» tilbake til programmet**

Dag fem i programmet er ment som en dag hvor kommunens erfaringer knyttet til endringer i rutiner og bruk av verktøyene skal diskuteres for å sikre oppfølging med tidlig innsats overfor gravide og småbarnsforeldre. Kommunen har stått relativt fritt i hva de vil fylle dagen med, og dette gjenspeiles til en viss grad i variasjonen i programmet mellom de ulike regionene.

På Askøy ble dag fem gjennomført 25. mai 2011. Temaet var taushetsplikt versus meldeplikt, og tverrfaglig samarbeid. Første halvdel av dagen ble brukt på en juridisk forelesning hvor detaljer i taushetsplikten og meldeplikten ble gjennomgått. Deltakerne fremstod som lydhøre, og det kom flere konkrete spørsmål med utgangspunkt i saker deltakerne hadde strevd med. Siste halvdel av dagen ble brukt på gruppearbeid der deltakerne jobbet med et konkret case. Innholdet i femte dag på Askøy kom som en naturlig konsekvens av at det på dag fire i programmet deltok relativt mange barnehageansatte, samt at konfliktene mellom barnevernet og de andre etatene ble tydeliggjort på dag fire.

I Namsos ble dag fem gjennomført 8. september 2011. Temaet for dagen var vold i nære relasjoner. Det var de samme fagansvarlig som underviste på femte dag som i voldsdelen tidligere i programmet. Dagen bestod av mer detaljert beskrivelse av ASS og sikkerhetsarbeid. De to fagansvarlige brukte mange eksempler fra sine erfaringer i voldssaker. Jeg observerte at dagen var litt forelesningstung, selv om det var satt av tid til praktiske øvelser med et case deltakerne selv hadde sendt inn.

I Vennesla ble femte dag gjennomført 13. september 2011. Temaet for dagen var barn som lever med høyt konfliktnivå.

I Skedsmo ble femte dag gjennomført 19. oktober 2011. Temaet her var tilknytning, normal og skjevutvikling i lys av rusmiddelbruk, psykiske problemer og vold i graviditet. Det var teamleder fra regionalt team i Øst som hadde undervisningen. Dette ble en svært forelesningstung dag, uten tid til deltakerøvelser og med relativt få spørsmål fra salen. Samtidig uttrykte flere av deltakerne at de var fornøyd med dagen.

I Bodø ble den femte dagen gjennomført 20. mars 2012. Helsesøstre og jordmødrene var godt representert, mens fastlegene som hadde deltatt på programmets fire første dager, ikke var tilstede. Dagen begynte med en oversikt over hvordan kommunen jobbet med, og progresjon i, samarbeidsavtaler mellom ulike etater, slik som for eksempel mellom helsestasjonen og voksenpsykiatrien. Etter forespørsel fra deltakerne fulgte så en forelesning om de sentrale forskjellene på støttesamtale og motiverende intervju, dette i regi av KoRus og R-KBUP. Foreleserne vektla at selv om disse samtaleformene bygger på samme empatiske andreorientering, er en hovedforskjell at når man utfører MI, er målet at helsepersonellet skal endre pasientens atferd gjennom å utforske ambivalens, mens målet i en støttesamtale kun er å skulle gi anerkjennelse i en vanskelig livssituasjon. Dagen ble avsluttet med gruppearbeid, hvor helsesøstre oppsummerte hvordan de jobbet med EPDS, og hvor jordmødrene oppsummerte hvordan de jobbet med TWEAK og MI. Jordmødrene vektla at rammebetingelsene ved deres virke til en viss grad hemmet for innføringen av TWEAK og MI fordi de hadde kort konsultasjonstid og lange intervaller mellom når de så den gravide. Videre problematiserte de at de fleste kvinner svarte at de ikke drakk alkohol i svangerskapet, og at dette vanskeliggjorde både informasjon og rådgivning om alkoholskader, og ga jordmødrene lite eller ingen erfaring fra motivasjonsarbeidet.

Umiddelbart kan det se ut som at dag fem har handlet om svært ulike problemstillinger i de fem regionene. Samtidig kan dagenes ulike innhold tolkes som kommunenes mulighet til å snakke tilbake til programmet, i betydningen hva deltakerne ønsket mer kunnskap om. Tolket man dagene slik kommer temaene vold i nære relasjoner, konflikt, tverrfaglighet og ikke minst kompleks problematikk til syne som nøkkeltemaer av interesse i kommunene. Dette kan være et uttrykk for et ønske om mer handlingskompetanse og tverrfaglig samarbeid i komplekse saker. Med dette mener jeg, med unntak av Bodø, at de kommuneansatte ønsket større handlingskompetanse med tanke på å oppdage og hjelpe kvinner som allerede har et etablert problem, og hva

som skal til av tverretattlig samarbeid for å få til denne hjelpen på en måte som gagnar barna. Dette er ikke det samme som å ønske seg mer handlingskompetanse på å oppdage kvinner i risikosone for å utvikle et problem og hjelpe disse med kortvarig innsats, slik hovedtyngden i opplæringsprogrammet legger opp til. Sagt med andre ord, svarer kommunene på et program i tidlig intervensjon med å ønske mer handlingskompetanse på å hjelpe de som allerede har et etablert problem.

En bakgrunn for dette er konkrete komplekse saker hvor kommuneansatte ofte føler avmakt og hjelpeløshet. Dette er komplekse saker hvor kommuneansatte uttrykker skyldfølelse fordi de ikke gjør nok, fordi de vet at barn lever under forhold som ikke er bra for dem, uten at de får nok hjelp. Videre ligger det også en erkjennelse, i kommunens svar til programmet, av at de sårbare barna må sikres før man eventuelt oppdager flere i en vanskelig situasjon. Dette handler også om en erkjennelse av at mange barn og familier ikke er lette å hjelpe, at endring av komplekse problemer er tid- og ressurskrevende, at kapasiteten både i barnevernet, i voksenpsykiatrien og når det gjelder behandling av rusmiddelproblemer delvis er sprengt, at NAV er vanskelig å samarbeide med, og at det å avdekke problemer ikke er nok i seg selv. En måte å tolke dette på er at tverrfagligheten i programmets målsetninger og målgrupper, presser programmet mot behandling/hjelp og vekk fra tidlig intervensjon og kortvarig og kostnadseffektiv innsats.

## 4 Tema på tvers av pilotkommunene

I dette kapittelet vil jeg gi en utdypning av hva deltakerne mente når de etterspurte med mer fokus på konkret og praksisrettet diskusjon, samt hvorfor de ønsket mer kunnskap om flyktninger og asylsøkere i programmet. Disse temaene kom opp i mange av pilotkommunene, og ble utdypet av deltakerne i de kvalitative intervjuene. Disse temaene er også nært knyttet til flere aspekter som kom opp i paneldebattene på dag fire i pilotkommunene. Det siktes her spesielt til utfordringer i det kommunale tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet, samt helsestasjonens rammebetingelser og plassering i forhold til det omkringliggende hjelpeapparatet.

Tidligere har jeg poengtert at deltakerne ønsket at opplæringen i større grad skulle ta hensyn til deres erfaringer og kunnskap, og analyserte dette i lys av Molanders (1997) skille mellom *framåtblickande* og *tilbakablickande* kunnskap. I det neste vil jeg slippe til og utdype deltakernes *tilbakablickande* kunnskap for å diskutere hvorvidt opplæringskurset er tilpasset deltakernes arbeidshverdag.

### 4.1 «Konkret og praksisrettet diskusjon!»

Spørsmålet om mer konkret og praksisrettet diskusjon kom opp både i undervisningen og i de kvalitative intervjuene. For deltakere som skulle benytte kartleggingsverktøyene, kom det ofte frem problemstillinger knyttet til hvordan verktøyene kan nedfelles i deres øvrige virksomhet. Dette kunne eksempelvis handle om hvordan helsesøstre opplevde det å avdekke problemer som de kanskje ikke følte seg bekvemme med å behandle når de benyttet EPDS. På spørsmål om hun hadde avdekket noen med høy skår på EPDS, fortalte en helsesøster følgende:

*«Ja, det var et eksempel, vel hun hadde veldig høy skår (på EPDS). Det nærmet seg 20, men det som var, er at det ofte er mye annen problematikk i tillegg til at de har fått barn. Så vi har hatt mange runder på hva vi kan og ikke kan gjøre noe med. Hun (som skåret så høyt) hadde en mann som ikke hadde oppholdstillatelse og han kom kanskje til å bli kastet ut av landet. Kan vi gjøre*

*noe med dette? Noe kan vi gjøre noe med, andre ting kan vi faktisk ikke gjøre noe med. Vi har hatt en runde på det vi helsesøstre ikke kan gå inn i, så i slike saker hvor noen ikke har fått opphold i Norge, kan vi ikke bli politiske eller advokater for om at han bør få være her eller ikke. Noen kan vi gjøre noe med og andre saker kan vi ikke gjøre noe med. Akkurat i den saken så var det jo mye håpløst. Men argumentene fra mor sin side var at han burde få være her for barnet sitt, men har han ikke opphold, så har han ikke opphold. Barnet har det jo ikke noe godt når foreldrene har så mye usikkerhet rundt seg, ikke sant. Men vi prøvde å få henne til å fokusere på barnet.»*

Hva kan helsesøster gjøre i denne situasjonen? Helsesøster tror ikke hun har avdekket en klinisk depresjon, som ville medføre at hun bør henvise kvinnen til fastlegen, men at hun har oppdaget en kvinne som befinner seg i en svært vanskelig livssituasjon, som det er grunn til å tro at også vil prege barnet. Flere helsesøstre snakket om nettopp dette at EPDS kan avdekke vanskelige livssituasjoner som helsesøster ikke føler seg fortrolig med å gå inn i, og der hun ikke vet hvor hun skal henvise videre i systemet. Cecilie Basberg Neumann (2009) har studert hvorfor helsesøstre oppdager så få volds- og omsorgssviktsaker, selv om de ser alle barn ved konsultasjoner. Basberg Neumann (2009:164) argumenter for at:

*«Ved svikt i det psykososiale som får skadelige konsekvenser for barnet fortsetter helsesøster som før, men mer intensivt, med sin veiledning og foreldrestøtte og forsøker indirekte å få mor til å ta fatt i situasjonen, men uformelt.(...) Det er konkrete erfaringer med det omkringliggende hjelpe- og kontrollsystemet som sammen med hennes egen livs- og moderskapserfaring slår inn og gjør at hun velger uformelle handlingsalternativer.»*

Videre argumenter Basberg Neumann (2009:219) for at helsesøstre sjelden intervenserer i problemer som springer ut av det psykososiale, på grunn av rammebetingelsene for deres arbeid ved helsestasjonen, at denne både skal gi en oppdragelse til normalitet og være en arena for å avdekke avvik. Helsesøstre definerer primært sitt arbeid som forebygging etter folkehelseperspektivet, og de kan dermed oppleve maktesløshet i møte med problemer som ligger utenfor en oppdragelse til normalitet. Poenget i denne sammenheng er at programmet i liten grad tematiserer konteksten som den skal slå inn i ved helsestasjonen, og hvordan helsestasjonen bør og er plassert i forhold til resten av tiltakskjeden.

For de som jobber lenger bak i tiltakskjeden, og som ikke skal kartlegge, betyr konkret og praksisrettet diskusjon å ta utgangspunkt i konkrete saker som de strever med. Et slikt case ble lagt frem av deltakerne på femte dag i Namsos.

*«Familien har tre barn på 10, 5, 3 år. Barnevernet har siden 2008 gitt tiltak som avlastning i helger, tildelt betalt barnehage til det eldste barnet og gitt omfattende og langvarig foreldreveiledning, uten at barnevernet er trygge på at det har hatt noen effekt. Familieteamet har sammen med barnevernet fulgt opp saken siden 2008 med jevnlige samtaler med foreldrene både hver for seg og sammen. Barna er snakket med både hver for seg og sammen. Det er avdekket vold i familien. Far utøver vold mot mor. Mor sier hun ikke er i stand til å skjerme verken seg selv eller barna når far er voldelig. Foreldrene ønsker ikke å ha de to minste barna i barnehagen, til tross for sterke anbefalinger fra barnevern og familieteamet. De forteller at de trenger kontantstøtten som de sier er innbakt i en plan for nedbetaling av gjeld. Foreldrene sier at dette er en avtale de har med NAV. Familieteamet har levert fire bekymringsmeldinger til barnevernet om vold, foreldrefunksjon, manglende ivaretagelse av barna og manglende økonomisk styring som i stor grad påvirker barnas hverdag.»*

Når deltakerne snakker om sine erfaringer med slike komplekse saker, preges de av flere forhold. De uttrykker tvil, avmakt og ofte skyldfølelse fordi de opplever at de ikke gjør nok for barn som de vet ikke har gode oppvekstforhold. De uttrykker også at de opplever frustrasjon fordi hjelpen er tid- og ressurskrevende, at ingen tiltak ser ut til å virke, at det skal svært mye til før barn omplasseres av barnevernet og at familiens problemer ofte er knyttet til, eller springer ut av en vanskelig økonomisk situasjon. Slik som i caset beskrevet ovenfor, uttrykker deltakerne i opplæringsprogrammet at NAV sitter i en nøkkelrolle. Samarbeidet med NAV blir også beskrevet som vanskelig blant mange av helsearbeiderne. Slik beskriver en psykiatrisk sykepleier som jobber opp mot barnefamilier, samarbeidet med NAV:

*«De fleste alvorlige saker har også en økonomisk side. Noen trenger hjelp til å få kontakt med NAV, de klarer ikke å gå til NAV, så da får de heller ikke de økonomiske ytelsene som de trenger. Da kan vi være med dit. Vi opplever også NAV som utilgjengelig, men vi opplever de som mer tilgjengelig for oss. Så da kan vi være med.(...) Det kommer jo bare mer og mer tydelig frem, egentlig, NAV har en nøkkelrolle i å få til å hjelpe disse familiene. Vi kommer jo ikke noen vei. Det hjelper jo ikke å jobbe med psykisk helse når regningsbunken er så stor at den når taket, fordi da klarer man ikke å tenke på noe annet. Og*

*maktesløsheten blir så stor. Det vi har sett i de mest alvorlige sakene, er at det tar kjempelang tid før vi får vite hvor ille det er rent økonomisk i de familiene.»*

NAV sitter i en nøkkelrolle, både når det gjelder de som skal kartlegge og de som ikke skal kartlegge. For jordmødre, helsesøstre og fastleger har NAV en nøkkelrolle med hensyn til henvisninger på bakgrunn av bekymring for alkoholforbruk i svangerskapet, eller ved avdekking av vold mot en gravid kvinne. Barnevernet trer først inn i saken når barnet blir født. I evalueringen av AAS i Telemark (Hjemdal og Engnes 2009: 69), ble det rapportert om mangelfullt samarbeid mellom jordmødre og sosialkontoret. Jordmødrene la spesielt vekt på at de ikke visste hvordan sosialkontoret fulgte opp de voldsutsatte gravide kvinnene.

Poenget i denne sammenheng er at NAV-ansatte til en viss grad er en nedprioritert målgruppe i programmet. Den primære målgruppen er helsearbeidere. Samtidig erkjennes NAV-ansattes rolle ved at de er en målgruppe som bør delta i programmet. Dette kan også forstås i lys av programmets doble målsetninger; å avdekke og hjelpe kvinner som er i en risikosone for å utvikle et problem, versus å avdekke og hjelpe kvinner som allerede har et etablert problem. På den ene siden tar programmet kompleks problematikk alvorlig ved å vie en hel dag til tematikken, og ved å uttrykke et ønske om å se vold i nære relasjoner, psykisk helse og rusmiddelmisbruk i sammenheng. På den andre siden tar ikke programmet godt nok tak i hvordan kartleggingsverktøyene skal nedfelles og slå inn i den kommunale virkeligheten, som ofte er preget av «kjente» komplekse saker som ikke løses på en tilfredsstillende måte. Det er dette deltakerne tematiserer når de etterspør konkret og praksisrettet diskusjon.

## **4.2 «Mer fokus på flyktninger og asylsøkere.»**

Et tema som kom opp i løpet av undervisningen i flere pilotkommuner, var at deltakerne ønsket seg mer kunnskap om flyktninger og asylsøkere. I de kvalitative intervjuene med deltakerne ble dette teamet problematisert av ansatte i både første- og andrelinjetjenesten. Temaet ble med andre ord problematisert både av de som skal benytte, og de som ikke skal benytte kartleggingsverktøyene, og er dermed relevant både når det gjelder å oppdage og hjelpe de som er i risiko for å utvikle et problem, og til å avdekke og hjelpe de som har alvorlig og kompleks problematikk.

Helsesøstre som benyttet EPDS tematiserte hvor besværlig de opplevde det å benytte tolk under støttesamtale, og hvor problematisk det kunne være å tolke svarene til ikke-vestlige innvandrere. Ikke-vestlige innvandrerkvinner skåret ofte

veldig høyt eller veldig lavt på kartleggingen. Helsesøstere uttrykte derfor at samtalen i etterkant var avgjørende for å forstå kvinnens situasjon, samtidig som denne samtalen var vanskelig å utføre med tolk. Helsesøstere tematiserte også om de fikk til å være kultursensitive nok i møte med kvinner hvor de manglet bakgrunnskunnskap for å forstå valg og verdisett.

I regionene Sør, Vest og Nord valgte helsesøstrene å ikke kartlegge fremmedspråklige med EPDS på grunn av problemene dette medfører. I utprøvingen og evalueringen av kartleggingsverktøyet AAS i den tidligere nevnte Telemarksstudien i regi av NKTVS, ble det gjort liknende funn ved at de fant at jordmødre ikke benyttet kartleggingsskjemaet på fremmedspråklige. Begrunnelsen for dette har også paralleller til hva helsesøstre sier i denne studien: *«Vansker med kommunikasjon, nyanser og forståelse.....Usikkerhet i forhold til kulturforskjeller og ulike syn på kjønn og familieverdier, som for eksempel begreper som ære og skam»* (Hjemdal og Engnes 2009:38).

En konsekvens av at bare norsktalende kvinner kartlegges, er at det universalistiske grunnlaget for kartleggingen frafaller. Michael Lipsky (1980) innførte begrepet «bakkebyråkrati» for å studere implementeringsprosesser nedenfra og opp, i motsetning til den tradisjonelle implementeringsteori: ovenfra og ned. Lipsky (1980) argumenterer for at implementering ikke er et resultat av politikeres intensjoner eller målsetninger, men snarere et produkt av førstelinjefjesjoners prioriteringer og skjønnsutøvelse i møte med klienter. Poenget er dermed at førstelinjetjenesten ikke bare utfører politikernes oppdrag, de skaper politikken med måten de utfører sine oppdrag på. Når helsesøstre og jordmødre, med gode grunner, velger ikke å kartlegge fremmedspråklige, skaper de et annet grunnlag for implementeringen av verktøyet enn det som var intensjonen fra de to direktoratene. Ved ikke å problematisere innvandrere og asylsøkere i programmet, overser de to direktoratene sin mulighet til å påvirke gatebyråkratiet, det vil si gi helsesøstre og jordmødre den kompetansen de etterspør for å håndtere psykiske problemer, vold i nære relasjoner og problematisk bruk av rusmidler blant også ikke-etnisk norske.

Selv om Lipskys (1980) bidrag i hovedsak handler om førstelinjetjenesten, kan det også kaste lys over hvordan temaet ikke vestlige innvandrere problematiseres lengre bak i tjenestekjeden. Det vil si blant deltakerne i programmet som ikke selv kartlegger, men som får henvist saker fra førstelinjen etter kartlegging. Slik uttrykte et medlem i familieteam (plassert mellom helsestasjon og barnevern) det:

*«Jeg tenker at tema asylsøkere og flyktninger burde ha vært med (i programmet). Det jeg ser, og jeg kan si det fordi jeg vet at jeg blir anonymisert, at når vi får, eller det kommer en dame med et langt navn som vi ikke vet hvordan skal uttales, så blir det sånn: DEN TAR DU, det blir litt sånn, den saken har jeg ikke lyst på. Og det er jo litt trist. Jeg har jo hatt noen slike saker og det har jo vært veldig syke damer, veldig psykotiske damer med små barn og det er jo tøft, og kjempevanskelig å jobbe med. Pluss at man ikke får noe hjelp fra andrelinjetjenesten fordi de kan det heller ikke. Vi har ingen her i X som er veldig god på flyktninger og asylsøkere, så barnevernet har veldig lett for å sende søknadene i retur. Og da blir vi sittende med sakene.»*

Potensielt komplekse saker med innvandrere eller asylsøkere som de kommuneansatte kvier seg for å ta tak i og bli sittende med aleneansvaret for, blir lett kasteballer mellom ulike etater og tjenesteytere. Ifølge Lipsky (1980) må offentlig ansatte, på grunn av knapphet i ressurser, vurdere hvem som er verdig til å motta hjelp. Selv i saker hvor det hersker liten tvil om behovet for hjelp, er det å sende saker rundt i systemet en måte å symbolsk behandle saken uten at noe konkret hjelp blir gitt. Samtidig løser sirkelhenvisninger midlertidig opp i problemet med at de kommuneansatte ikke har tilstrekkelige ressurser til å jobbe med saken på en tilfredsstillende måte.

Det er også viktig å påpeke at i Stortingsmeldingen «En gledelig begivenhet» (nr.12 2008/2009: 4.7) henvises det til følgende:

*«Flertallet av nyankomne innvandrere er unge voksne, og mange vil få sitt første møte med norsk helsetjeneste i forbindelse med svangerskap og fødsel.(...) Også fødselen kan representere spesielle utfordringer for en del kvinner med innvandrerbakgrunn, for eksempel opplevelse av krysspress mellom tradisjonelt forventet praksis og råd som gis av helsepersonell. Kun et fåtall kvinner med innvandrerbakgrunn går på fødselsforberedende kurs.(...)Svangerskapsomsorgen til kvinner med innvandrerbakgrunn bør styrkes, og fødselsomsorgen sikres nødvendig kompetanse til å møte disse utfordringene.»*

Poenget er at ved å unnlate å tematisere etnisitet, både når det gjelder det å oppdage og hjelpe kvinner som er i risikozonen for å utvikle et problem, og når det gjelder å hjelpe kvinner som allerede har utviklet et problem, følger ikke programmet i tilstrekkelig grad opp utfordringen i svangerskapsomsorgen slik den blir definert av myndighetene. Unnlatelsen av å ta opp etnisitet åpner i stedet opp for «gatebyråkratiets» potensielt uheldige, og i konsekvens en potensiell diskriminerende skønnsutøvelse.

## 5 Oppsummerende diskusjoner

I dette kapitlet vil jeg diskutere hvor vellykket programmet har vært, men hva vil det egentlig si at et program er vellykket? Betyr det at implementeringsprosessen må følge gitte kriterier for å være en suksess? Hvis forsker benytter kriteriene som finnes i klassisk implementeringsteori, som eksempel CIPP-modellen (Stufflebeam 2002), som stipulerer klare målsetninger, utvetydig språk, logisk rekkefølge av problemdefinering, utvelgelse av middel og definering av målsetninger vil en ikke kunne spore mye suksess i denne implementeringsprosessen. Prosessen, slik det er vist, har vært preget av uendelige diskusjoner om og revideringer av innhold, målgrupper og målsetninger. Selv om disse prosessene kan ha vært frustrerende for aktørene, har det imidlertid ført til et større eierskap til programmet, og en dugnadsånd blant aktørene på ulike nivåer. I tillegg har opplæringsprogrammet vist seg å være svært handlekraftig og levedyktig ved at undervisningen ble gjennomført i de fem pilotkommunene. Programmet har i løpet av pilotperioden også blitt videreført i flere andre kommuner i de ulike regionene. Med andre ord virker det ikke som en «rotete» tilblivelseprosess har hindret programmets «politiske» handlekraft, snarere tvert om. Men er det å få gjennomført undervisningen i flest mulig kommuner det egentlige målet med programmet? Slik reflekterer et medlem i den nasjonale arbeidsgruppa rundt dette spørsmålet:

*«Ja det er jo også interessant da, for Helsedirektoratet blir jo kritisert i X-rapporten, for at vi ikke målstyrer godt nok. Og at oppdragsbrevene er veldig oppgavestyrte og i programmet er vi jo også oppgavestyrte. Først så var det pilotene og så fikk de regionale teamene et mål om å nå to nye kommuner, og det er jo et mål ikke sant. Da kan man jo si at de regionale teamene med unntak av ett, klarte det. Så da kan vi si, rent teoretisk, at de har klart målet i 2011. Men det er jo ikke det egentlige målet, vi ønsker jo å implementere noe, og det gjør man jo ikke bare ved å igangsette»*

Sitatet uttrykker en forventning om at klare målsetninger er, og bør være definert for implementering av tiltak. I det følgende vil jeg ta for meg medlemmene i arbeidsgruppa sin forståelse av målsetningene, og selv om disse er tvetydige, og

kanskje også internt motsetningsfulle, vil jeg diskutere hvorvidt de kan si å være nådd i løpet av pilotperioden, men først, hva er nå programmets målsetninger?

## 5.1 Hva er målsetningene, hvem er målgruppene?

I januar 2012 foretok jeg oppsummerende intervjuer med medlemmene i den nasjonale arbeidsgruppa, hvor jeg blant annet stilte det enkle spørsmålet: Hva er programmets målsetninger? Ikke overraskende hersket det også på dette tidspunktet ulike meninger i den nasjonale arbeidsgruppa om hva som var programmet målsetninger, og ikke minst hva som var den viktigste målsetningen med programmet.

Noen vektla handlingskompetansen som er påkrevet for å identifisere og hjelpe mødre og småbarnsforeldre i risiko for å utvikle et problem, slik disse sitatene illustrerer:

*«Ja, er ikke det hva vi har diskutert fra dag en? En målsetning er at kommunen skal få kunnskap om sammenhengen mellom screening og samtalemetodikk. At de skal få en handlingskompetanse i forhold til å kartlegge og følge opp igjennom samtaler som kan hjelpe.»*

*«Målsetninger er å få ut metodikken, bli god i metoden og fange flere.»*

Andre vektla handlingskompetansen som er påkrevd for å avdekke og hjelpe mødre og småbarnsforeldre som allerede har et etablert problem. Slik disse sitatene illustrer:

*«Det er at vi skal sikre og gå fra bekymring til handling og gjøre noe med det. Som er faneordene til både Helsedirektoratet og Bufdir. Fordi vi vet fra den kommunale virkeligheten at alt for mange barn og sårbare familier blir gående for lenge med egne problemer, uten at man setter inn rett hjelp da. Så hvis vi kan gi et godt tilskudd til at det blir mer bevissthet rundt det å hjelpe utsatte barn og familier tidlig slik at man kan stoppe en problemutvikling som blir vanskeligere og vanskeligere både for barnet, foreldrene, barnevernet, skole. Jeg tenker at vi kan få til en dreining i fokus slik at man kan sikre barn og unge en sikker oppvekst, for å være litt svulstig da.»*

*«Ja nå er jo dette en kombinasjon av tre problemområder, rus vold og psykiske problemer, det er relativt mye å forholde seg til på en gang (...) Jeg har forstått det sånn at målsetningen er å bevisstgjøre helsepersonell i kommunene på det å spørre og identifisere vold, og de andre områdene selvfølgelig, og det å ha kunnskap og samhandlingsrelasjoner godt nok til å kunne følge opp og hva skal jeg kalle det? Være gode hjelpere for de som måtte trenge det. Så det går på en utdanning på et vis, kunnskapsheving hos kommunale aktører.»*

Andre vektla begge typer handlingskompetanse slik dette sitatet illustrer:

*«Det er å komme i dialog med alle gravide og småbarnsforeldre om sårbare tema, og så tenker jeg det er en avdekkingsbit, en forebyggingsbit.»*

Flere la også vekt på det tverrfaglige samarbeidet, som i dette sitatet:

*«Jeg mener, og ut fra mitt ståsted, så er det fokus på den tverrfaglige samhandlingen. Det synes jeg er en viktig målsetning i opplæringsprogrammet, fordi uansett hvordan verktøyene blir mottatt av de ulike deltakerne, så har det blitt et fora der folk i kommunen møtes. De treffer hverandre og jeg har vært på ganske mange programgjennomføringer og det er tilbakemeldingen fra kommunene. For ofte så kjenner de ikke hverandre, de får i hvert fall ikke tid til å være sammen. Så det er en flott (...) Og panelet som vi har på dag fire, synes jeg er et sjakktrekk av oss å ha. Hvor de sitter og forteller selv om sin handlingskompetanse, hva de har å tilby eller hva kommunen har å tilby, så det.»*

Fra disse sitatene kan man si at arbeidsgruppas medlemmer samles om at det er viktig å få ut kunnskap til kommuneansatte og at handlingskompetanse står sentralt. Samtidig vektlegger noen kartleggingsinstrumentene, mens andre understreker generell kompetanseheving til de kommuneansatte, og andre igjen fremhever det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet som den viktigste målsetningen. Videre fremstår begrepet handlingskompetanse som noe tvetydig, fordi det ikke tydelig differensieres mellom handlingskompetansen som er påkrevet for å identifisere og hjelpe mødre og småbarnsforeldre i risiko for å utvikle et problem, og handlingskompetansen som er påkrevd for å avdekke og hjelpe mødre og småbarnsforeldre som allerede har et etablert problem.

Denne gjennomgående uklarheten kan henge sammen med arbeidsgruppas tverrfaglige sammensetning, og det faktum at tidlig intervensjon forstås ulikt når man snakker om henholdsvis depresjon, alkoholkonsum, vold, og barnevern mer generelt. På den ene siden har gjennomgangen av undervisningen i pilotkommunene vist at programmet er politisk handlekraftig, i betydning få gjennomført undervisningen uten et klart definert målhierarki. På den andre siden har de flertydige målsetningene ført til uklarheter når det gjelder sammenhengene mellom tidlig intervensjonsarbeid slik det legges opp til i deler av programmet, og de komplekse sakene deltakerne strever med i den kommunale hverdagen. Hvorvidt programmet kan og bør favne begge disse problemforståelsene, er et spørsmål som bør avklares.

Som tidligere nevnt, var det helsepersonell som ble de prioriterte målgruppene i programmet. Denne avgrensningen burde tilsi at implementeringen av verktøyene burde/bør være hovedmålsettingen. Samtidig har man i liten grad lyktes med å få legene i pilotkommunene med i programmet, men man har i større grad klart å rekruttere en tverrfaglig gruppe. Den tverrfaglig sammensatte deltakergruppen tilsier derimot at styrking av samarbeid i komplekse saker bør være den kanskje viktigste målsetningen. Dette er et spenningsfelt som bør avklares i videreføringen av programmet.

Den gjennomgående opptattheten av å få med legene, har også til en viss grad usynliggjort de yrkesgruppene som faktisk innfører kartleggingsverktøyene, som jordmødre og helsesøstre. En konsekvens av dette er at det ikke i utgangspunktet ble søkt kompetansehevingspoeng for sykepleiere. NAV-ansattes sentrale rolle i forhold til helsepersonell som skal kartlegge, og andrelinjetjeneste-ansatte som ikke skal benytte kartleggingsverktøyene, er også til en viss grad oversett i programmet. En tolkning av dette er at prioriteringen av helsepersonell overskygger at psykiske lidelser, rusmiddelmisbruk og vold i nære relasjoner er sosiale problemer, som i tillegg til helseperspektiver også bør forstås med sosialfaglige tilnærminger. Denne dimensjonen ville kanskje kommet tydeligere frem ved klarere å integrere NAV-ansatte, for eksempel ved å kreve at representanter fra NAV alltid skal delta i paneldebatten på dag fire.

## 5.2 Har programmet lyktes i å nå de oppsatte mål?

Gitt evalueringens tidshorisont, slik den er redegjort for i metodekapitlet, er det begrenset hva en følgeforsker kan utlede om innføring av kartleggingsverktøy, samtalemetodikk og endringer i kommunale samhandlingsmønstre. Som eksempel er det slik at selv om ingen av pilotkommunene har innført kartleggingsverktøyet AAS i skrivende stund, kan kommunene fortsette sitt tidlige intervensjonsarbeid som del av modellkommuneprosjektet og innføre AAS på et senere tidspunkt. På samme måte kan kommunene bestemme seg for at TWEAK anvendt kun av jordmor, og ikke av fastlegene, er lite fruktbart, og de kan dermed endre sine rutiner. Poenget er at programmet ikke er pilotkommunes eneste bevegelse når det gjelder tidlig intervensjonsarbeid. Alle pilotkommunene hadde allerede satt tidlig intervensjon på den lokalpolitiske dagsorden gjennom å være modellkommuner. Slik sett stod også samarbeid og etablering av samarbeidsrutiner mellom de ulike etatene på den lokalpolitiske dagsorden før programmet ble gjennomført. Dette betyr at programgjennomføringen i pilotkommunene ikke alene kan tilskrives endringer i kommunens arbeid rettet mot 0–6 åringer og deres foresatte, men må sees i lys av det økte fokuset på denne målgruppen gjennom modellkommuneprosjektet, og andre liknende tiltak.

## 5.3 Har programmet lyktes i innføring av kartleggingsverktøyene/samtalemetodikkene?

Innføringen av kartleggingsverktøyene og samtalemetodikkene i pilotkommunene kan beskrives på følgende måte. Ingen av kommunene har innført AAS, alle kommunene unntatt Bodø hadde innført EPDS og støttesamtale før programgjennomføringen, og noen jordmødre i alle pilotkommunene har innført TWEAK som en følge av programmet. Det er mer uklart hvordan MI benyttes av jordmødrene i forbindelse med TWEAK- kartleggingen. Dette er fordi jordmødrene på intervjutidspunktet hadde svært begrenset erfaring med bruken av TWEAK og MI (se metodekapitlet). Skjematisk kan dette fremstilles slik:

**Tabell 3. Oversikt over implementering av TWEAK og MI, EPDS og støttesamtale, og AAS i de enkelte pilotkommunene**

|                           | <b>TWEAK og MI</b>                                                              | <b>EPDS og Støttesamtale</b>                                                   | <b>AAS</b>        |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Vest: Askøy</b>        | Implementert hos jordmødre                                                      | Implementert ved helsestasjon før opplæring                                    | Ikke implementert |
| <b>Sør: Vennesla</b>      | Implementert hos jordmødre                                                      | Implementert ved helsestasjon før opplæring                                    | Ikke implementert |
| <b>Midt-Norge: Namsos</b> | Implementert hos jordmødre                                                      | Implementert ved helsestasjon før opplæring                                    | Ikke implementert |
| <b>Øst: Skedsmo</b>       | Implementert hos jordmødre                                                      | Implementert ved helsestasjon før opplæring                                    | Ikke implementert |
| <b>Nord Bodø</b>          | Implementert i jordmortjenesten etter programmet, men med tilleggs-undervisning | Implementert ved helsestasjonen etter programmet, men med tilleggsundervisning | Ikke implementert |

Hvordan skal denne matrisen tolkes, og hva skal til for å hevde at et kartleggingsverktøy og en samtalemetodikk er innført? Betyr dette at kartleggingsverktøyet og samtalemetodikken må benyttes på alle (gravide) kvinner, på samme måte, på samme tidspunkt og med tilsvarende rutiner for å kunne kvalifisere som innført?

Når det gjelder implementeringen av EPDS og støttesamtale, bør denne forstås i lys av at pilotkommunene var modellkommuner. Fire kommuner hadde dermed innført EPDS og støttesamtaler ved helsestasjonene før programmet ble gjennomført. Dette var også kommuner som hadde gitt uttrykk for ønske om kartleggingsverktøy. I denne sammenheng er det svært viktig at R-BUP har drevet, og bedriver, en grundig EPDS-undervisning og veiledning. Undervisningen i EPDS er i programmet skåret ned til en halv dag, fra R-BUPs tre-firedagers kurs, og er ikke tilstrekkelig for at kartleggingsverktøyet og samtalemetodikken kan implementeres, noe erfaringen fra Bodø viser. R-BUPs egeninitierte EPDS-undervisning ser dermed ikke ut til å bli overflødig, selv om direktoratet ønsker å satse på programmet. Når programmet ruller videre og inn i kommuner som ikke tidligere har hatt EPDS-undervisning, og/eller er modellkommuner, vil denne problemstillingen trolig igjen aktualiseres.

Jeg har spurt deltakere i programmet og medlemmene i den nasjonale arbeidsgruppa om de har noen forklaring på hvorfor EPDS ser ut til å være enklere å innføre enn de andre kartleggingsverktøyene. Det var stor enighet om at en av grunnene til dette er at psykisk helse kan være mindre tabubelagt enn alkoholkonsum og vold i nære relasjoner. Dette betyr at det kan være enklere for helsepersonell å stille spørsmål om psykisk helse, og også for mødre å svare, enn hva gjelder de andre temaene. Samtidig har flere understreket at helsesøstre har relativt gode samarbeidsrutiner med enkelte fastleger, men at samarbeidsrutinene mellom helsestasjonen og den kommunale rusomsorgen, NAV og barnevern ofte mangler i kommunene. Dette kan også gjøre det enklere for helsesøster å følge opp fødselsdepresjoner enn for jordmor å følge opp vold i nære relasjoner og risikofylt alkoholkonsum hos gravide. Selv om EPDS og støttesamtale ser ut til å være innført i pilotkommunene, er det likevel verdt å reise spørsmål om hvorvidt EPDS og støttesamtale er innført på et universalistisk grunnlag, slik intensjonen er, så lenge fremmedspråklige ikke-vestlige innvandrerkvinner systematisk ikke kartlegges og hjelpes. Det er også grunn til å reise spørsmål ved hvordan helsesøstre arbeider med de kvinnene som skårer høyt på EPDS, uten at de har en klinisk depresjon, men som befinner seg i en vanskelig livssituasjon som kan påvirke barnets oppvekstforhold. Dette betyr ikke at falske positive svar (kvinner som skårer høyt uten klinisk depresjon) kun er et problem i seg, men det blir spesielt problematisk hvis det ikke kan gis adekvat hjelp til de aktuelle kvinnene.

**Når det gjelder implementeringen av TWEAK og MI,** er disse innført av enkelte jordmødre som følge av opplæringsprogrammet. Samtidig bør det problematiseres om dette er en fullverdig innføring så lenge det kun er jordmor som kartlegger og ikke også fastlegene, som ofte er de som har første konsultasjon med den gravide. Videre bør det reises spørsmål ved hvor gunstig denne situasjonen er, hvis det medfører at jordmødrene møter den gravide senere i svangerskapet, og hvorvidt det er etisk forsvarlig å gi et nulltoleransebudskap om alkoholkonsum sent i svangerskapet. Det er også grunn til å problematisere om MI-undervisningen i programmet er tilstrekkelig for at jordmødre skal kunne gi gode motiverende samtaler. I en meta-studie utført av Cochrane Collaboration (2009) hvor effekten av kortvarige alkoholintervensjoner i førstelinjetjenesten måles, slås det fast at slike intervensjoner er effektive, og at de fører til reduksjon i alkoholkonsumet hos pasienter som har et identifisert risikofylt alkoholkonsum.

I meta-studien problematiseres imidlertid den reduserende effekten av kortvarige alkoholintervensjoner på pasienters alkoholkonsum i forhold til to dimensjoner

som også er relevante i forhold til denne evalueringen. For det første blir det problematisert at effektene målt i de randomiserte kontrollstudiene i kliniske kontekster, ikke direkte kan overføres til forventede effekter av slike intervensjoner i en førstelinjetjenestekontekst (se også Holder m.fl. 1999, Kaner m.fl. 2001). Parallelt til dette var skaperne av MI, Rollnick og Butler (1997) skeptiske til at leger og sykepleiere benytter MI uten nødvendig klinisk kompetanse og empatisk andreorientering. Når det gjelder implementeringen av TWEAK og MI som en følge av programmet, er det grunn til å reise spørsmål om programmet gir god nok opplæring til å kunne vente alkoholreduserende effekter. I tillegg hevder jordmødrene at rammebetingelsene for deres virke: konsultasjonstid og intervallene mellom konsultasjonene, vanskeliggjør bruken av MI i etterkant av kartlegging med TWEAK. Dersom jordmor ser den gravide for første gang midt i svangerskapet, og kartlegger henne da, vil hun ikke nødvendigvis treffe den gravide igjen før mot slutten av svangerskapet. Rommet for å utføre gode motiverende samtaler er dermed svært lite. Poenget er at selv om MI utført av kyndige terapeuter, i det kliniske rom, har vist seg å ha effekt på, og kan endre en rekke livsstilsproblemer, sier ikke MI- litteraturen noe om effekten av MI utført av en helsesøster eller jordmor etter en halvdagsopplæring og presset inn på slutten av en hektisk konsultasjon.

For det andre problematiserer Cochrane-rapporten (2009) at effektstudier sjelden sier noe om effekten kortvarige alkoholintervensjoner har på undergrupper i populasjonen, som etniske minoriteter, eller eldre mennesker. De intervjuede jordmødrene hadde ikke erfaring med bruk av TWEAK og MI i møte med ikke-vestlige innvandrerkvinner på intervjuetidspunktet. Samtidig understreket noen jordmødre at det åpenbart ville by på kultursensitive problemstillinger å spørre muslimske kvinner om deres alkoholkonsum i svangerskapet. Det er også verdt å merke seg at den samme Cochrane-rapporten (2009:25) konkluderer på følgende måte:

*«The review showed no significant reduction in alcohol consumption for women; although this may be partly due to low statistical power(...) brief interventions for women are not yet justified.»*

Det er med andre ord ikke funnet entydige reduserende effekter av kortvarige alkoholintervensjoner rettet mot kvinner. En grunn til dette, slik det fremheves i sitatet over, er at det er for få kvinner med i studiene som legges til grunn for vurderingene i meta-studien. Samtidig er det viktig å understreke at

kunnskapsgrunnlaget for implementering av kortvarige alkoholintervensjoner i førstelinjetjenesten ikke kan vise til de samme effektene på kvinner som på menn. Parallelt til dette, når jordmødrene kartlegger med TWEAK, finner de at mange kvinner drakk alkohol før de ble gravide. Samtidig svarer de fleste kvinnene at de ikke drikker alkohol i svangerskapet. Poenget er at når kvinner sier at de ikke drikker alkohol i svangerskapet, noe som gjelder de fleste av kvinnene, kan de selvsagt heller ikke inngå i målinger av effekten av intervensjonen. Oppsummert vil jeg ut fra dette anbefale at det settes i gang en oppfølgingsstudie av *hvordan* TWEAK og MI benyttes av jordmødre som følge av opplæringen i programmet og eventuelt hvilke effekter disse intervensjonene har på de gravide kvinnenes alkoholkonsum.

**Når det gjelder implementeringen av AAS,** eller snarere den manglende innføringen av kartleggingsinstrumentet i pilotkommunene, kan det virke paradoksalt at undervisningen i vold i nære relasjoner generelt ble svært positivt mottatt av deltakerne i programmet, samtidig som ingen kommuner innfører kartleggingsinstrumentet. Det er flere mulig tolkninger av dette. For det første har det gjennom hele prosessen vært tilbakevendende diskusjoner om hvorvidt det er etisk forsvarlig å kartlegge for voldsutsatthet uten at helsepersonell har adekvat hjelp å tilby. Selv om spørsmålet om adekvat hjelp er like relevant her som hva gjelder de andre kartleggingsinstrumentene, kan vold i nære relasjoner oppleves som mer akutt enn de andre temaene, og dermed lettere synliggjøre de moralske og etiske sidene ved kartlegging og hjelp etter behov. For det andre understreket også flere deltakere at de opplevde vold i nære relasjoner som det mest tabubelagte området å spørre gravide og småbarnsforeldre om. Terskelen for å tematisere vold i nære relasjoner kan dermed være høyere hos helsepersonell enn terskelen for å tematisere psykisk helse og alkoholkonsum. For det tredje uttrykte flere deltakere at det er en grense for hvor mange nye verktøy de kunne sette seg inn i ved helsestasjonen på samme tid, og at et kartleggingsverktøy til helsesøster (EPDS) og et til jordmor (TWEAK) var nok i første omgang. Det hersket også stor uklarhet blant deltakerne om det er jordmor eller helsesøster som skal kartlegge for voldsutsatthet. Flere argumenterte for at kartlegging av voldsutsatthet like gjerne kunne gjøres av helsesøster som av jordmor. For det fjerde er AAS et kartleggingsverktøy som avdekker etablerte problemer, og dermed ikke et kartleggingsverktøy som identifiserer risiko for utviklingen av et problem, slik de to andre kartleggingsverktøyene gjør. Dette aktualiserer spørsmålet om hva forebyggingsarbeid er når det gjelder vold i nære relasjoner. Slik reflekterte en helsesøster rundt dette:

*«Det er vanskeligere å tematisere vold, enn psykiatri og rus. De ti siste årene har det blitt slik at vi skal jobbe i forhold til problemer, ikke sant. Når det er problemer med samspill så skal vi inn med Marte Meo, men vi skal jo egentlig drive forebygging. Det å snakke om sinne, er en del av forebyggingsarbeidet: sinne- og aggresjonskontroll. Sinne er en fin ting, men det er ikke sunt å slå, brøle eller hyle. Jeg tar det opp i forhold til det med å brøle og spør; Er det greit å slå eller knipse? Knipse er noe de (foreldrene) gjør i X (stedsnavn). Det er lettere for meg å snakke om enn; Har du blitt slått noen gang? Har du følt deg truet hjemme? Vi må prøve å jobbe forebyggende fremfor at vi skal jobbe mot problemer.(...) Spørsmålet er jo hvordan vi kan jobbe med vold, forebyggende?»*

Sitatet illustrerer at helsesøster primært forstår sitt virke som forebyggingsarbeid. Dette sammenfaller med funn fra den tidligere nevnte studien til Basberg Neumann (2009). Denne studien viser at selv om helsestasjonen både er en arena for oppdragelse til normalitet og for avdekking av vold og omsorgssvikt, opplever helsesøstre seg primært som forebyggende aktører. Kanskje er det slik at AAS i større grad enn EPDS og TWEAK utfordrer forebyggingsperspektivet, og dermed beveger helsearbeiderne i retning av problemorientert arbeid. Dette kan være en av grunnene til at AAS vanskeligere lar seg implementere i jordmors og helsesøsters virksomhet. Dette selv om kunnskap om vold i nære relasjoner er et tema som verdsettes høyt av den bredt sammensatte deltakergruppen i programmet.

Oppsummert kan man si at hvis innføring av kartleggingsverktøyene og samtalemetodikken er programmets primære målsetning, må det gis tilstrekkelig undervisning for denne implementeringen. Det blir noe «halvhjertet» over å kreve at kommunene skal innføre verktøyene uten at man gir tilstrekkelig undervisning for en slik implementering. Et hovedpoeng i denne sammenheng er at hvis det ikke blir gitt tilstrekkelig undervisning og veiledning, er det heller ikke gitt at kartleggingene og samtalemetodikken vil ha ønsket «effekt.» Dette er noe som understrekes i litteraturen om alle kartleggingsverktøyene og samtalemetodikkene som inngår i opplæringsprogrammet. En oppfølgingsstudie av hvordan verktøyene og samtalemetodikken benyttes som et resultat av opplæringskurset, anbefales derfor.

## 5.4 Er det tverrfaglige/tverretatlige samarbeidet styrket?

Samarbeid har blitt et politisk ideal, og med samhandlingsreformen er disse visjonene overført til et politisk program. I tråd med dette har det uten tvil hersket en sterk samarbeidsånd i den nasjonale arbeidsgruppa, og et sterkt ønske om å få til et samarbeid mellom ulike kompetansemiljø og mellom aktører på ulike nivå. Viljen til samarbeid kan dermed forstås som en sentral drivkraft bak programmet. I organisasjonslitteraturen skilles det ofte mellom vertikalt og horisontalt samarbeid (Bolman og Deal 2008). Horisontalt samarbeid omfatter samhandling på samme hierarkiske nivå, og oppnås gjennom møter, arbeidsgrupper og utvalg, mens vertikalt samarbeid handler om samhandling på tvers av hierarkiske inndelinger, noe som ofte skapes gjennom ordregiving, tilsyn, planlegging og kontrollsystemer. I det neste vil jeg kort drøfte det vertikale og det horisontale samarbeidet i programmet og hvorvidt det er styrket gjennom pilotperioden.

**Når det gjelder det horisontale samarbeidet på direktoratsnivå og i den nasjonale arbeidsgruppen,** er det viktig å understreke at programmet er skapt gjennom et unikt samarbeid mellom to direktorater. Det er sjelden kost at direktorater ønsker å samordne sine satsninger, og at de får det til over tid. Medlemmene i arbeidsgruppa har også understreket at ledelsen i de to direktoratene har vært inkluderende og preget av en *«lydhør lederstil»*. I tillegg består den nasjonale arbeidsgruppa av representanter fra sterke kompetansemiljøer, som uttrykker stor respekt for hverandres kompetanse og faglige bidrag. Samtidig uttrykker også noen av arbeidsgruppas medlemmer at det i begynnelsen var en del innbyrdes konflikt når det gjaldt tildeling av tid i undervisningen, og vektingen mellom de ulike temaene i programmet. Det rettes også en del kritikk av medlemmene mot at arbeidsprosessene har vært for utydelige og at den til en viss grad har manglet en overordnet styring. Helt konkret ble det etterlyst større ressurser på direktoratsnivå, slik at representantene fra de to direktoratene ikke hadde behovd å gjøre alt arbeid med programmet i tillegg til sine ordinære arbeidsoppgaver. Generelt beskrives samarbeidet i den nasjonale arbeidsgruppa som svært godt. Det horisontale samarbeidet på direktoratsnivå og i arbeidsgruppa kan bane vei for annet samarbeid i fremtiden, og andre samordnende innsatser rettet mot kommunene.

**Når det gjelder det horisontale samarbeidet på regionalt nivå,** det vil si samarbeidet internt i de regionale teamene, har dette, slik tidligere vist, blitt beskrevet noe ulikt i de ulike regionene. Samtidig er dette et samarbeid som

generelt beskrives som konstruktivt og inspirerende. Selv om noen medlemmer av de regionale teamene uttrykker at de var nølende til programmet i begynnelsen, har det gjennom pilotperioden etablert seg stabile team rundt i Norge. En måte å forstå dette på, er at teamene startet som formelle grupper, hvor deltakerne ikke kjente hverandre godt fra før, og der de hadde svært ulike forventninger til programmet. Etter hvert fungerte teamene mer som uformelle grupper, hvor medlemmene erfarte og opplevde sammenfallende interesser, oppfatninger og holdninger. Med andre ord er det etablert regionale team som potensielt også kan samarbeide om andre prosjekter i fremtiden. Et sentralt poeng for fremtidig drift av programmet er hvordan man skal bevare stabilitet, kompetanse og eventuelt rekruttere nye undervisere til de regionale teamene. I denne sammenheng er det viktig at alle kompetansemiljøene satser likt på programmet. Og selv om R-BUP's egeninitierte undervisning i EPDS er en nødvendighet for å implementere EPDS i kommunene, kan det føre til en nedprioritering av programmet, og i pilotperioden har dette tildels vært hemmende for det tverrfaglige samarbeidet i noen av de regionale teamene.

**Når det gjelder det horisontale samarbeidet på kommunalt nivå,** er det et komplekst bilde som tegner seg i datamaterialet. For det første beskrives en kommunal hverdag hvor mye svikter når det gjelder samarbeid mellom ulike etater. Det beskrives en virkelighet hvor det forekommer ansvarsfraskrivelse, sirkelhenvisninger av komplekse saker, manglende rutiner for samarbeid med sentrale aktører som NAV, knapphet på tid og ressurser, samt uklarhet rundt regelverk. Taushetsplikten er den delen av lovverket som oftest problematiseres av de kommuneansatte, og som kan oppleves som en sperre for samarbeid. Barnevernspanelet (2011) har tematisert lovgrunnlaget for barnevernstjenesten, og understreket at lovene i seg selv ikke er hovedproblemet med tjenestenes manglende mulighet til å etterleve loven. Konsekvensen av dette kan bli som følger:

*«Dette kan føre til at det utvikles lokale normer og fagkulturer som i større grad blir opptatt av å tilpasse tjenestene til rådende tiltak og ressurser enn sørge for at barn i ulike vanskelige livssituasjoner får den hjelpen de trenger»*

(Barnevernspanelet 2011:26)

Videre understreker også Barnevernspanelet at taushetspliktsreglene kanskje burde forenkles, og at det bør kommuniseres at *«disse reglene ikke skal være til hinder for og hemme arbeid for rask og effektiv hjelp til barns beste.»*

For det andre er den tydeligste tilbakemeldingen fra deltakerne i programmet at det tverrfaglige samarbeidet og fokuset på dette, det de setter mest pris på. Spesielt understreker deltakerne betydningen av å få informasjon om hvem de andre i etatene er, hvilke tilbud det kommunale barnevernet og familievernet har, og hvordan andre etater jobber. Videre understreker flere deltakere betydningen av å få et ansikt til et navn så de vet hvem de eventuelt kan kontakte i en konkret sak. Denne direkte kontakten ansikt til ansikt trekkes frem som særdeles verdifull for senere samarbeid. «Å bli kjent», og potensielt fremtidig samarbeid er dimensjoner som blir trukket frem av deltakerne som styrken ved programmet, og viktigere enn opplæringen i kartleggingsverktøy og samtalemotodikk. Dette bør forstås i lys av den sammensatte gruppen deltakere programmet har hatt i pilotkommunene.

Hvorvidt programmet fører til varige samarbeidsendringer i kommunen, er blant annet avhengig av om arbeidet med etableringen av nye samarbeidsrutiner og avtaler mellom etatene videreføres. På den ene siden er det ikke gitt at deltakerne gir seg i kast med å etablere nye samhandlingsrutiner som en følge av kurset. Et liknende argument ble brukt av Baklien og Wejden (2009) da de undersøkte hvorvidt et tidlig intervensjonsprogram rettet mot barn i familier som misbruker rusmidler, førte til nye samarbeidsmodeller blant kommuneansatte. De uttrykte det slik:

*«Selv om deltakerne hadde et stort individuelt utbytte av kurset, betyr ikke det at de kastet seg over oppgaven med å utvikle nye samarbeidsmodeller»*  
(Baklien og Wejden 2009: 101)

Samtidig er det viktig å understreke at ansvaret for å utvikle samarbeidsrutiner ligger på ledernivå, og at det ikke primært hviler på den enkelte kommuneansatte.

På den annen side har arbeidet med tverretattlig og tverrfaglig samarbeid pågått en tid i pilotkommunene som en del av modellkommuneforsøket, og kan ha blitt ytterligere forsterket via programmet. Hvorvidt dette samarbeidet følges opp i praksis og over tid, eksempelvis ett år etter programgjennomføringen, bør være et sentralt tema for en eventuell oppfølgingsstudie.

**Når det gjelder det vertikale samarbeidet internt i programmets organisasjon,** har også dette endret seg mye undervis i pilotperioden. Formaliseringen av programstrukturen har dermed vokst frem over tid. Dette betyr at definering av roller og ansvarsfordelinger er blitt re-forhandlet og har utkrystallisert seg gjennom prosessen.

I forbindelse med at KoRusene i 2012 ble gitt ledervervet i de regionale teamene, ble også teamleders rolle klarere definert, og ansvarsfordelingen mellom de regionale teamene og kommunen ble tydeliggjort. En annen sentral brikke i formaliseringen av programmet, er at direktoratene har gitt likelydende formuleringer i henholdsvis oppdrags- og disposisjonsbrev til sine respektive underliggende kompetansemiljø. Dette er med på å sikre en lik prioritering av programmet internt i de ulike kompetansemiljøene. Konkret betyr dette at i 2012 vil KoRus, R-BUP og RVTS få liknende mandat og oppgaver når det gjelder opplæringsprogrammet i sine respektive oppdragsbrev fra overordnet myndighet, det samme vil gjelde for barnevern og familievern i henhold til disponeringsbrevet fra Bufdir.

Alle de regionale teamene har imidlertid ikke blitt hørt og sett like godt av den nasjonale arbeidsgruppa gjennom pilotperioden. Dette har i hovedsak handlet om at to av teamene har manglet en representant i arbeidsgruppa. Flere i disse teamene uttrykte at de ikke hadde vært sikre på om deres innspill har blitt hørt, eller eventuelt hvilken begrunnelse som ble gitt for at deres innspill ikke ble tatt hensyn til. Kommunikasjonen mellom de regionale teamene og den nasjonale arbeidsgruppa har styrket seg over tid. Som tidligere nevnt, henger dette sammen med alle revideringsrundene og høringsrundene av manualen. Revideringsrundene har gitt de ulike regionale teamene en mulighet til å gi tilbakemeldinger, etter at de har gjort seg erfaringer med å undervise med manualen. Alle de regionale teamene burde være representert i den nasjonale arbeidsgruppa, det er dermed noe uheldig at team Midt-Norge ikke har en slik representant.

Når det gjelder kommunikasjonen mellom arbeidsgruppa og pilotkommunene, har det meste av denne foregått via de regionale teamene. I begynnelsen vil en kunne si at den nasjonale arbeidsgruppa var noe preget av en «ovenfra og ned»-tenkning. Pilotkommunenenes unisone tilbakemelding på dette er at de ønsker å bli hørt. De kommuneansatte vil at det er deres kompetanse som skal danne utgangspunktet for opplæringen. Med andre ord etterlyste pilotkommunene muligheten til å legge føringer på programmet. Som eksempel, hvis en kommune alt har implementert EPDS, ønsker de at dette blir tatt hensyn til i undervisningen og eventuelt tatt ut av programmet til fordel for utvidelse av andre deler. Videre understreker deltakerne at de ønsker et klarere utgangspunkt i hva deres kommune kan tilby av tidlig intervensjonsarbeid, og at deres kommunale tjenester, samordning, samarbeid og tiltak vektlegges sterkere.

## **5.5 Har en lykkes i å bygge opp en undervisning og organisasjon som gjør det mulig å nå målsetningene?**

Ut fra at programmet er skapt på dugnad med få øremerkede ressurser, er det imponerende at man har klart å bygge opp en tverrfaglig og tverretattlig organisasjon med et nasjonalt nedslagsfelt. Denne organisasjonsstrukturen ser ut til å gi en god og samordnet utnyttelse av kompetansemiljøene og deres satsninger overfor kommunene. Samtidig gir denne organiseringen kommunene et godt bilde av hva de ulike kompetansemiljøene kan tilby, og hvordan de eventuelt kan benytte seg av kompetansemiljøene også i andre sammenhenger.

I tillegg er det en styrke ved programmet at det har endret seg fra en rigid manualtenkning, (ovenfra og ned) til å bli mer fleksibelt i møte med pilotkommunenes spesifikke krav, og at den nasjonale arbeidsgruppa har erkjent betydningen av lokalforankring av undervisningen. Spørsmålet om hvor fleksibelt programmet skal være i møte med kommunen, vil trolig fortsette å forme programmet når det ruller videre og møter nye kommuner med nye krav og forventinger. Parallelt vil nok også spørsmålet om hvor fleksibelt kursholdere kan forholde seg til manualen, prege programmet i tiden fremover. I tillegg vil trolig spørsmålet om hvordan man skal sikre tilstrekkelig med kvalifiserte fagpersoner til å drive undervisningen også fortsette å være viktig.

I begynnelsen lå fokus hos den nasjonale arbeidsgruppa på å lage en god undervisning, og på å sy sammen delene fra psykisk helse, alkoholkonsum i svangerskap og vold i nære relasjoner. Etter hvert ble derimot deres oppmerksomhet i større grad rettet mot implementeringen av undervisningen. I denne forbindelse kom veiledningen litt for sent i gang, og sentrale spørsmål om veiledningen er ennå ikke avklart. Hvordan veiledninger fungerer når det gjelder opplæringen i programmet, bør også integreres i en eventuell oppfølgingsstudie. Selv om de to direktoratene har lykkes med å bygge opp en god organisering for spredning av kunnskap, er det mer usikkerhet rundt sentrale spørsmål som hvorvidt undervisningen er tilstrekkelig for at kartleggingsverktøyene og samtalemetodikken kan innføres, og hva som kan forventes av effekter av kartleggingen og samtalemetodikken, gitt den begrensede undervisningen i programmet.

## 6 anbefalinger

Avslutningsvis vil jeg oppsummere anbefalinger samt de behov for tydeliggjøringer i programmet som er vektlagt i denne rapporten. Noen av disse anmerkningene er «gammelt nytt» for de involverte partene i programmet. Dette er fordi disse problemstillingene har heftet ved hele pilotprosessen. Jeg sikter her spesielt til uklarheter knyttet til problemdefinering, målsetninger og målgrupper.

Når det gjelder målsetningene, bør begrepet handlingskompetanse tydeliggjøres ved at det differensieres mellom handlingskompetansen som er påkrevet for å identifisere og hjelpe mødre og småbarnsforeldre i risiko for å utvikle et problem, og handlingskompetansen som er påkrevd for å avdekke og hjelpe mødre og småbarnsforeldre som allerede har et etablert problem. Dette vil også kunne løse opp i uklarheter når det gjelder sammenhengene mellom tidlig intervensjonsarbeid, slik det legges opp til i deler av programmet (kartleggingsverktøyene og samtalemetodikkene), og de komplekse sakene deltakerne strever med i den kommunale hverdagen.

Samtidig bør det avklares hvorvidt det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet eller innføringene av kartleggingsverktøyene skal være programmets viktigste målsetning. Ved prioritering av tverrfaglighet, bør sentrale målgrupper, slik som NAV-ansatte, tydeligere integreres i programmet. Det bør også vektlegges at det er helsesøstre og jordmødre som innfører kartleggingsverktøyene og samtalemetodikkene, og at rammebetingelsene ved helsestasjonen, slik som dets forebyggingsmandat, har betydning for innføringen av kartleggingsverktøyene og samtalemetodikkene. Disse rammebetingelsene kan delforklare hvorfor AAS vanskelig lar seg innføre i pilotkommunene. I denne sammenheng bør det også tydeliggjøres hva forebyggingsarbeid er når det gjelder vold i nære relasjoner.

Veiledningen bør avklares langs de samme dimensjonene som opplæringsprogrammet, slik at det tydelig fremgår om veiledningen skal handle om bruken av kartleggingsverktøy eller det tverrfaglige samarbeidet mer generelt.

Fokus på ikke vestlige innvandrere og asylsøkere bør integreres i programmet fordi denne gruppen oppleves som krevende både når det gjelder å bruke kartleggingsverktøyene og samtaleferdighetene, og når det gjelder oppfølging av kompleks problematikk.

De regionale teamene bør fortsette rekrutteringen av kvalifiserte undervisere og sikre at disse har kompetanse på helheten i programmet, og ikke bare sin del. Da den organisatoriske strukturen ser ut til å gi en god og samordnet utnyttelse av kompetansemiljøene og deres arbeid ovenfor kommunene, anbefales det at denne strukturen beholdes. Videre bør det tydeliggjøres hvor mye, og på hvilke måte de regionale teamene kan være fleksible i møte med kommunenes forventinger og ønsker. Dette handler også om å avklare hvor mye plass den enkelte underviser kan gi til sine egne, og de kommuneansattes erfaringer og kunnskaper, på bekostning av kursmanualen.

Det bør også igangsettes en oppfølgingsstudie av *hvordan* kartleggingsverktøyene og samtalemetodikken blir brukt som en følge av programmet. Dette er relevant for spørsmålet om hvorvidt kurset gir tilstrekkelig opplæring til at verktøyene kan innføres, og hvorvidt man kan forvente effekter av verktøyene gitt opplæringen. I en slik studie bør det også fokuseres på hvordan veiledningen påvirker implementeringen av verktøyene i kommunene, og hvorvidt det tverrfaglige samarbeidet videreføres og forsterkes.

# Litteratur

Arnesen, T. (1993). *Evaluering som analyse av rasjonalitet. Del 1: Hva er evaluering?* (ØF-notat 23/93). Lillehammer: Østlandsforskning.

Baklien, B. (2004). Følgeforskning. *Sosiologi i dag*, 34 (4): 49–66.

Baklien, B., Pape, H., Rossow, I. & Storvoll, E.E. (2007). *Regionprosjektet – Nyttig forebygging?* (SIRUS-rapport nr. 6/2007). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Baklien, B. & Wejden, T. (2009). *Evaluering av prosjektet «Barn i rusfamilier – tidlig intervensjon.»* (SIRUS-rapport nr. 1/2009). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Barne, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2011). *Barnevernpanelets rapport 2011*.

Bolman, L. & Deal, T. (2008). *Reframing Organizations: Artistry, Choice and Leadership*. San Francisco: Wiley.

Cox, J. & Holden, J. (2003). *Perinatal Mental health. A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell

Eberhard-Gran, M. & Slinning, K. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt

Elliot, S. A. (1994). Uses and misuses of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in primary care. I J Cox. & J. Holden (Red.), *Perinatal Psychiatry. Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression scale.*, London: Gaskell

Elmore, R. F. (1979). Backward Mapping: Implementation Research and Policy Decisions. *Political Science Quarterly*, 94(4), 601–616.

Guba, E. & Lincoln, G. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Sage: Beverly Hills.

Hammersley, M. & Atkinson, P. (1987). *Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.

Helsedirektoratet og Barne, ungdoms og familedirektoratet (2007). *De usynlige barna. Barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre*. Oslo: Direktoratet.

Helsedirektoratet (2009). *Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet*. Oslo: Direktoratet.

Helsedirektoratet (2011). *Opplæringsprogrammet I kartleggingsverktøy og samtalemotodikk I møte med gravid og småbarnsforeldre. Manual for regionale team og kursholdere*. Versjon 14. februar 2011. Oslo: Direktoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Opptappingsplan for rusfeltet*. Oslo: Departementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Stortingsmelding nr 12 (2008–2009) *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-fødsels- og barselomsorg*. Oslo: Departementet.

Hjemdal, K., O. & Engnes, K. (2009). Å spørre om vold ved svangerskapskontroll. *Rapport fra et forsøksprosjekt i fire kommuner* (Rapport NKVTS 1/2009). Oslo: NKVTS

Holder, H., Flay, B., Howard, J., Boyd, G., Voas R., & Grossman, M. (1999). Phases of alcohol problem prevention research. *Alcoholic, Clinical and Experimental Research*, 23(1), 183–94

Holmila, M., Holder, H., Andréasson, S., Baklien, B. & Rossow, I. (2008). Roles for researchers in community action projects to prevent alcohol and other drug problems – methodological choices. *Drugs: education, prevention and policy*, 15(4), 410–423.

Järvinen, M. (2004). Om praktisk viten og doxa. I B.Gamst, T. Halskov, og B. Lentz. (red.). *På sporet av kundskabens veje i socialt arbejde* (s. 27–37). København: Socialpolitisk forlag.

Josefson, I. (1991). *Kunskapens former*. Stockholm: Carlssons.

Kaner, E., Heather, N., Brodie, J., Lock, C.A. & McAvoy, B. (2001). Patient and practitioner characteristics predict brief alcohol intervention in primary care. *British Journal of General Practice*, 51(471), 822–7

Kaner, E., Dickinson, H.O., Beyer, F., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather N., Saunders, J. B., Burnand, B. & Pienaar, E. (2009). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations (Review) *The Cochrane Collaboration*, Apr 18;(2):CD004 148.

Kleven, T. (2007). *Planlegging og politikk – en kritisk refleksjon*. Hentet fra: [www.kommunetorget.no/side.asp?katid=1&sideid=17](http://www.kommunetorget.no/side.asp?katid=1&sideid=17)

Kleven, T. (1998). En modell for kommunal planlegging. I T. Kleven (red.). *Planlegging og handling. Kommunal planlegging som grunnlag for politisk styring*. Oslo: Kommuneforlaget.

Kleven, T. (1990). Planlegging og politikk – en kritisk refleksjon. I T. Kleven (red.), *Planlegging og handling* (s. 163–190). Oslo: Kommuneforlaget.

Lindøe, P. (1997). *Endringsagenter og forskere* (Rapport RF-97/206). Stavanger: Rogalandsforskning.

Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Sage.

Løvlie, L. (1973). Pedagogisk filosofi i vitenskapens tidsalder. I: E. Befring, m.fl. (red), *Pedagogisk periferi – noen sentrale problemer*. Oslo: Gyldendal.

Løvlie, L. (1992). Omsorgsperspektiver. I K. Jensen (red) *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

May, P. J. (2003). Policy Design and Implementation I J. Pierre (red.), *Handbook of Public Administration* (223–233). London: Sage.

Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling*. Göteborg: Daidalos.

Molander, B. (1997). Kunnskapsmångfald och olika kunskapstraditioner. I: H. Alvsvåg, N. Andersen, E. Gjengedal & M. Råheim (red.) *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer* (s. 124–146). Oslo: ad Notam Gyldendal.

Nesvåg, S., Backer-Grøndahl, A., Duckert, F., Enger, Ø., Huseby, G. & Kraft, P. (2007). *Tidlig intervensjon på rusfeltet – en kunnskapsoppsummering*. (IRIS Rapport 2007/021). Stavanger: IRIS.

Neumann, C. E. B. (2009). *Det bekymrede blikket. En studie av helsesøstres handlingsbetingelser*. Oslo: Novus AS.

Palumbo, D. J. & Donald, J. (1990). *Implementation and the Policy Process, opening the Black Box*, New York: Greenwood Press.

Perttu, S. & Kaselitz (2006). *Adressing Intimate Partner Violence. Guidelines for Health Professionals in Maternity and Child Health Care. A Guide book for health care organizations*. Helsingfors: Palmenia Centre for Continuing Education.

Pressman, J. L. & Wildavsky, A. (1984). *Implementation* (3. utg.). Berkeley: University of California Press.

Pålshaugen, Ø. (1994). *A Norwegian Programme of Action Research for participative Democracy*. (Del av Dr. phil. avhandling). Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

Rambøl (2010). *Rapport 2010 Modellkommuneforsøket*. Oslo: Barne-, Ungdoms- og familiedirektoratet

Repstad, P. (1998). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsforskningen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Rollnick, S., Butler M., & Hodgson R. (1997). Brief Alcohol Intervention in Medical Setting: Concerns from the Consulting Room. *Addiction Research & Theory*, 5(4), 331–341.

Rollnick, S., Mason & Butler M. (1999). *Health Behavior Changes: A Guide for Practitioners*. London: Churchill Livingstone

Rollnick, S., Mason, P. & Butler, M. (2007). *Motivational interviewing in Health Care*. New York: Guilford Press.

Scriven, M. (1967). The methodology of evaluation. I R. Tyler, R. Gagne, & M. Scriven (Red.), *Perspectives of curriculum evaluation* (39–83). Chicago: Rand McNally.

Sletterød, N., A., (2000). Følgeevaluering og følgeforskning – endringsagent i eller forsker på bedriftsutvikling? I K. I. Fostervold & T. Endestad T. (Red.), *Ved Inngangen til Cyberspace – ergonomisk tenkning inn i et nytt årtusen*. Nordiska Ergonomisälskapet

Sosial og helsedirektoratet (2007). *Tidlig intervensjon på rusområdet. Sentrale perspektiver-aktuelle målgrupper og arenaer*. Oslo: Direktoratet.

Stenson, K. (2004). *Men's Violence against Women- A Challenge in Antenatal Care*. Medicinska fakulteten. Insitution for kvinnor och barns hälsa. Uppsala: Uppsala Universitet

Stufflebeam, D. (2002). The CIPP Model for Evaluation. *Evaluation Models: Evaluation in Education and Human Services*, 49, 279–317.

Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: SEEK A/S.

Widerberg, K. (2001) *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt- en alternative lærebok*. Oslo: Universitetsforlaget

Winter, Soren C. (1990). Integrating Implementation Research. I D. J. Palumbo & D. J. Calista (Red.), *Implementation and the Policy Process, Opening the Black Box*. New York: Greenwood Press

# Appendiks

## Alkohol i graviditet

Her er spørsmål om alkoholvanene dine. Vennligst sett et kryss/svar på hver linje. Tenk på det siste året.

Hvor mange glass alkohol (alkoholenheter\*) kan du drikke før du begynner å merke de første effektene av det?

Antall glass (enheter\*):

Har nære venner eller slektninger bekymret seg eller klaget på alkoholbruken din i løpet av det siste året?

☐ Ja

☐ Nei

Tar du noen ganger et glass alkohol om morgenen når du står opp?

☐ Ja

☐ Nei

Har det hendt, etter at du har drukket alkohol, at en venn eller et familiemedlem har fortalt deg om ting du har sagt eller gjort som du ikke kunne huske?

☐ Ja

☐ Nei

Føler du noen ganger behov for å redusere alkoholforbruket ditt?

☐ Ja

☐ Nei

Omtrent hvor ofte har du drukket alkohol?

4 ganger i uken eller oftere

☐

☐

2-3 ganger i uken

☐

☐

2-4 ganger i måned

☐

☐

Månedlig eller sjeldnere

☐

☐

Aldri

☐

☐

Hvor mange glass (alkoholenheter) drakk / drikker du en typisk dag når du drikker alkohol?

10 eller flere

☐

☐

7-9

☐

☐

5-6

☐

☐

3-4

☐

☐

1-2

☐

☐

Færre enn 1

☐

☐

Drikker ingenting

☐

☐

Omtrent hvor ofte har du drukket 4 glass (alkoholenheter) eller mer på en dag?

Daglig eller nesten hver dag

☐

☐

En gang i uken

☐

☐

En gang i måneden

☐

☐

Sjeldnere enn månedlig

☐

☐

Aldri

☐

☐

\* Ett glass alkohol (en alkoholenhet):



33 cl  
øl / rusbrus



12–15 cl vin



8 cl hetvin



4 cl brennevin

IS-0264 TWEAK (med tilleggsspørsmål), 2011

For helsepersonell

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sum

Før

Etter

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sum

Sum

## Screeningskjema (Abuse Assessment Scale)<sup>1</sup>

Ønsker ikke å bli stilt spørsmål om vold (kryss av hvis ja) ☐

Vil forsøke å stille spørsmålene igjen på senere kontroll (kryss av hvis ja) ☐

Screening foretatt, men ønsker ikke å være med på prosjektet (kryss av hvis ja) ☐

|                                                                                                                                                                                | Ja | Nei |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| 1. Hender det noen gang at du er redd i eget hjem?                                                                                                                             |    |     |
| 2. Er du redd for partneren din eller for noen andre?                                                                                                                          |    |     |
| 3. Blir du noen gang ydmyket av partneren din (den tidligere partneren)?<br>Nedverdiger han deg offentlig, eller hindrer han deg i å møte venner eller å gjøre ting du ønsker? |    |     |
| 4. Har du i løpet av det seneste året blitt slått, sparket eller på andre måter blitt angrepet fysisk av noen? (hvis ja, av hvem, hvor mange ganger, hvilke skader?)           |    |     |

4 b. Av hvem? \_\_\_\_\_

4 c. Hvor mange ganger siste år? \_\_\_\_\_

4 d. Hvilke skader? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hvis ja på noen av spørsmålene foran:

|                                                                                                                                                                       |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 5. Har du <b>siden du ble gravid</b> , blitt slått, sparket eller på andre måter blitt angrepet fysisk av noen? (hvis ja, av hvem, hvor mange ganger, hvilke skader?) |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

5 a. Av hvem? \_\_\_\_\_

5 b. Hvor mange ganger siste år? \_\_\_\_\_

5 c. Hvilke skader? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|                                                                                                          |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 6. Har noen i løpet av det siste året gjort noe seksuelt mot deg som du ikke har ønsket (hvis ja, hvem?) |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

6 a. Hvem? \_\_\_\_\_

### Tilleggsspørsmål – stilles til de som har svart bekreftende på et tidligere spørsmål

|                                                                                                         |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 7. Har noen i løpet av det siste året gjort deg bekymret for tryggheten til barna dine (hvis ja, hvem?) |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

7 a. Hvem? \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Ikke autorisert oversettelse av Abuse Assessment Scale (merkede felter) + tillegg utviklet spesielt for dette prosjektet

## EPDS

1. Har du siste 7 dager kunnet le og se det komiske i en situasjon?

- ☒ Like mye som vanlig
- ☐ Ikke riktig så mye som jeg pleier
- ☐ Klart mindre enn jeg pleier
- ☐ Ikke i det hele tatt

2. Har du siste 7 dager gledet deg til ting som skulle skje?

- ☒ Like mye som vanlig
- ☐ Noe mindre enn jeg pleier
- ☐ Klart mindre enn jeg pleier
- ☐ Nesten ikke i det hele tatt

3. Har du siste 7 dager bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt?

- ☐ Ja, nesten hele tiden
- ☐ Ja, av og til
- ☐ Ikke særlig ofte
- ☒ Nei, aldri

4. Har du siste 7 dager vært nervøs eller bekymret uten grunn?

- ☒ Nei, slett ikke
- ☐ Nesten aldri
- ☐ Ja, iblant
- ☐ Ja, veldig ofte

5. Har du siste 7 dager vært redd eller fått panikk uten grunn?

- ☐ Ja, noen ganger
- ☐ Sjelden
- ☒ Nei, aldri

6. Har du siste 7 dager følt at det har blitt for mye for deg?

- ☐ Ja, jeg har stort sett ikke fungert i det hele tatt
- ☐ Ja, iblant har jeg ikke klart å fungere som jeg pleier
- ☐ Nei, for det meste har jeg klart meg bra
- ☒ Nei, jeg har klart meg like bra som vanlig

7. Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har hatt vanskeligheter med å sove?

- ☐ Ja, for det meste
- ☐ Ja, iblant
- ☐ Ikke særlig ofte
- ☒ Nei, ikke i det hele tatt

8. Har du siste 7 dager følt deg nedfor eller ulykkelig?

- ☐ Ja, det meste av tiden
- ☐ Ja, ganske ofte
- ☐ Ikke særlig ofte
- ☒ Nei, ikke i det hele tatt

9. Har du siste 7 dager vært så ulykkelig at du har grått?

- ☐ Ja, nesten hele tiden
- ☐ Ja, det har skjedd iblant
- ☒ Nei, aldri

10. Har tanken på å skade deg selv streift deg, de siste 7 dagene?

- ☐ Ja, nokså ofte
- ☐ Ja, av og til
- ☐ Ja, såvidt
- ☐ Aldri

## English summary

This report is about the establishment of a training programme in early intervention, initiated by the Norwegian Directorate of Health and the Norwegian Directorate for Children, Youth and Family Affairs (Bufdir), in cooperation with the professional bodies: the Regional Centre for Child and Adolescent Mental Health (R-BUP), the Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies (NKVTS), the Regional Resource Centre for Violence, Traumatic Stress and Prevention of Suicide (RVTS), the Regional Resource Centre for Alcohol and Drug Issues (KoRus) and Bufetat. The programme was administered by a national working group consisting of representatives from the two directorates and the professional bodies. The training was carried out by five regional teams consisting of representatives from the professional bodies.

The overall aim of the training was to raise the level of competence in identifying pregnant women and families with small children with drug problems, mental health problems and/or problems with violence, and in discussing these issues with them. The programme was aimed at employees in the municipalities who worked with pregnant women and families with small children. It consisted of teaching in the following screening tools: EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), TWEAK (Tolerance, Worried, Eye-opener, Amnesia, K(c)ut down) and AAS (Abuse Assessment Screen), and interview techniques: supportive conversation and motivational interview (MI). The training programme was evaluated in five pilot municipalities in five regions: Askøy in Southern Norway, Vennesla in Western Norway, Skedsmo in Eastern Norway, Namsos in Mid-Norway and Bodø in Northern Norway.

The evaluation was based on observation of all the training days in the five regions, seven whole-day meetings in the national working groups and two two-day national meetings with all the regional training teams. In addition, 33 qualitative interviews were carried out with the people who had participated in the training, representatives from all the five regional teams, and participants in the national working group. The report is also based on analyses of important documents, and a

questionnaire survey that was sent to all the participants after the fourth training day.

The report is divided into six chapters.

In Chapter 1, an overview of the political and professional framework, the target groups and the aims of the programme are presented.

In Chapter 2, the method and research questions are described.

In Chapter 3, the development of the programme is presented chronologically by describing how the training was carried out in the five pilot municipalities, and the discussions and revision of the programme that resulted from the experience that had been gained. The analysis shows that the planning not only took place before the training was initiated, but also influenced the whole process, that the methods used (the screening tools and the interview techniques) were chosen before the aims and the target groups had been finally decided on, and that negotiations about the problem definition took place continuously. Thus, the training programme has been the object of continuous discussions, and has been constantly revised according to the demands, expectations and experience of the municipalities. In this process, both the content and the organization of the programme have developed.

In Chapter 4, some important themes common for the pilot municipalities are analysed. These themes are: What did the participants mean when they said that they wanted more concrete and practical discussions and a focus on refugees and asylum seekers? These themes were chosen because they were important for the participants, and because they raise the issue of whether the course was appropriate with regard to the work experience and the normal working day of the participants.

In Chapter 5, the final discussions about whether the programme was successful in achieving its aims are presented. In order to show that at the end of the pilot period the aims of the programme were still not totally clarified, the introductory questions are posed again: *What were the aims of the programme, and what were the target groups?* The representatives of the working groups agreed that it was important to provide information to the employees in the municipalities and to teach them the skills to act. At the same time, the concept *skills to act* appears to be somewhat ambiguous, because it does not distinguish clearly between the skills

needed to identify and help mothers and parents of young children who are at risk of developing a problem, and the skills need to identify and help mothers and parents of young children who already have an established problem.

*Has the programme been successful in introducing the screening tools and the interview techniques?*

Introduction of the screening tools and the interview techniques in the pilot municipalities can be described in the following way. None of the municipalities had implemented AAS. All of the municipalities except Bodø had implemented EPDS and supportive conversations before the programme had been introduced. Some of the midwives in all the pilot municipalities implemented TWEAK as a result of the programme. It is not entirely clear how MI was used by midwives in connection with use of the TWEAK screening tool.

*With regard to implementation of EPDS and supportive conversations:* These should be seen in the light of the fact that the pilot municipalities were model municipalities. Four of them had therefore implemented EPDS and supportive conversations in the health centres before the programme had been introduced.

*With regard to implementation of TWEAK and MI:* These were implemented by some midwives as a result of the training programme. At the same time, it should be questioned whether this implementation is adequate when only midwives use this screening tool, and not general medical practitioners, who are often the first people to have a consultation with pregnant women. There is also reason to question whether the teaching about MI in the programme is adequate to enable midwives to conduct satisfactory motivating interviews.

*With regard to implementation of AAS, or rather the lack of implementation of this screening tool in the pilot municipalities:* It seems paradoxical that although teaching about violence in close relationships was generally well accepted by the participants, none of the pilot municipalities introduced this screening tool. There are several possible explanations for this. It may be that violence is experienced as a theme that is more taboo to discuss than alcohol and depression. It may be that detection of vulnerability for violence is experienced as ethically unacceptable if one cannot provide adequate help. Health care personnel may be uncertain about how they can work to prevent violence.

*Has the programme been successful in improving interdisciplinary cooperation?*

With regard to horizontal cooperation at the level of the directorates and in the national working group, it is important to stress that the programme was developed through unique cooperation between the two directorates. It is seldom that directorates wish to coordinate their efforts, and that they manage to do so over time. The members of the working group also pointed out that the leaders in the two directorates were inclusive and willing to listen.

*With regard to horizontal cooperation at the regional level, in other words cooperation internally in the regional teams:* This has been described somewhat differently in the different regions. At the same time, this cooperation has generally been described as constructive and inspiring. Even though some of the members of the regional teams report that they were hesitant about the programme at the beginning, a stable team was established throughout the country during the pilot phase.

*With regard to horizontal cooperation at the level of the municipalities:* The data present a complex picture. First, cooperation between the different services in the municipalities is often inadequate. The following problems are described: unwillingness to accept responsibility, circular referrals of complex cases, lack of routines for important services such as the Norwegian Labour and Welfare Service (Nav), lack of time and resources and uncertainty about the legislation. The duty of confidentiality is the topic in the legislation that the municipal employees most often described as a problem. This can be experienced as a barrier to cooperation. Second, the part of the programme that the participants appreciated most was the focus on interdisciplinary cooperation. In particular, they stressed the importance of being given information about the other services, the services offered by the municipal child welfare services and the family welfare centre, and how the other services work.

*With regard to vertical cooperation internally in the organization of the programme:* This also changed a lot during the pilot phase. Thus, formalization of the structure of the programme developed over time. This means that roles and allocation of responsibility were defined and re-negotiated during the process, and became clearer. An important aspect in formalizing the programme was that the directorates used the same formulations in their letters of instruction to their underlying bodies. However, all the regional teams have not been taken account of

equally by the national working group during the pilot phase. This was mainly because two of the teams did not have a representative in the working group. Most of the communication between the working group and the pilot municipalities took place via the regional teams. At the beginning, the national working group was somewhat characterized by a «top-down» way of thinking.

In Chapter 6, a summary of the recommendations mentioned in this report is given.

## SIRUS-rapporter

Følgende rapporter er kommet ut i denne serien fra og med 2005. For oversikt over alle tidligere utgitte SIRUS-rapporter, se [www.sirus.no](http://www.sirus.no) under publikasjoner:

4/2012. Skatvedt, Astrid og Marit Edland-Gryt *Øyeblikksomsorg – et verktøy for bedring. Evaluering av 24SJU – et lavterskeltilbud til personer med dårlig psykisk helse og rusmiddelp problemer*. 146 s. Oslo 2012.

3/2012. Redaktør: Gunnar Sæbø. Forfattere: Ola Røed Bilgrei, Karl Erik Lund, Janne Scheffels, Gunnar Sæbø og Rikke Iren Tokle «*Vi blir en sånn utstøtt gruppe til slutt...*» *Røykeres syn på egen røyking og denormaliseringsstrategier i tobakkspolitikken*. 172 s. Oslo 2012.

2/2012 Krogh, Unni & Bergljot Baklien *Fem år etter Regionprosjektet – Ildsjelers entusiasme og kommunalt hverdagsliv* 109 s. Oslo 2012

1/2012 Buvik, Kristin og Baklien, Bergljot *Fri flyt – Bartenderes møte med berusede gjester* 87 s. Oslo 2012

3/2011 Skretting, Astrid og Elisabet E. Storvoll *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet – Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken* 196 s. Oslo 2011

2/2011 Baklien, Bergljot og Unni Krogh *Prosessen, planen og politikken – Rusmiddelpolitiske handlingsplaner* 136 s. Oslo 2011

1/2011 Ugland, Trygve *Alcohol on the European Union's Political Agenda: Getting Off the Policy Roller-Coaster?* 50 s. Oslo 2011

6/2010 Lauritzen, Grete *European Addiction Severity Index (EuopASI) i en oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling – Refleksjon om kvaliteter ved instrumentet for forskning og praksisformål*. 130 s. Oslo 2010

5/2010 Rossow, Ingeborg, Hilde Pape & Bergljot Bakken *Tiltak for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer*. 74 s. Oslo 2010

4/2010 Redaktør: Ellen J. Amundsen. Forfattere: Ingeborg Lund & Anne Line Bretteville-Jensen, Astrid Skretting, Jostein Rise, Sturla Nordlund og Ellen J.

Amundsen *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang.* 78 s. Oslo 2010

3/2010 Storvoll, Elisabeth E., Ingeborg Rossow, Inger Synnøve Moan, Thor Norström, Janne Scheffels & Grethe Lauritzen *Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk.* 97 s. Oslo 2010

2/2010 Edland-Gryt, Marit & Astrid Skretting *Fylkeskommunenes tannhelsetilbud til rusmiddelmisbrukere – En kartlegging.* 111 s. Oslo 2010

1/2010 Storvoll, Elisabeth E., Ingeborg Rossow & Jostein Rise *Alkoholpolitikken og opinionen – Endringer i befolkningens holdninger og oppfatninger om effekten av ulike virkemidler i perioden 2005–2009.* 68 s. Oslo 2010

9/2009 Rossow, Ingeborg, Inger Synnøve Moan & Henrik Natvig *Nære pårørende av alkoholmisbrukere – hvor mange er de og hvordan berøres de?.* 65 s. Oslo 2009

8/2009 Bretteville-Jensen, Anne Line & Ellen J. Amundsen *Heroinforbruk og heroinbeslag i Norge.* 65 s. Oslo 2009

7/2009 Skretting, Astrid & Hilgunn Olsen *Nye lokaler – andre resultater? – videreført evaluering av sprøyteromsordningen i Oslo.* 72 s. Oslo 2009

6/2009 Lund, Karl Erik *A tobacco-free society or tobacco harm reduction? Which objective is best for the remaining smokers in Scandinavia?* 85 s. Oslo 2009

5/2009 Vedøy, Tord Finne & Astrid Skretting *Ungdom og rusmidler. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1968-2008.* 87 s. Oslo 2009.

4/2009 Vedøy, Tord Finne & Astrid Skretting *Bruk av alkohol blant kvinner. Data fra ulike surveyundersøkelser.* 84 s. Oslo 2009.

3/2009 Aarø, Leif Edvard, Karl Erik Lund, Tord Finne Vedøy & Simon Øverland *Evaluering av myndighetenes samlede innsats for å forebygge tobakksrelaterte sykdommer i perioden 2003 til 2007.* 140 s. Oslo 2009.

2/2009 Lund, Karl Erik *Tobakksfritt samfunn eller skadereduksjon? Hvilken målsetning tjener de gjenstående røykerne?* 80 s. Oslo 2009.

1/2009 Baklien, Bergljot & Tonje Wejden *Evaluering av prosjektet «Barn i rusfamilier – tidlig intervensjon»*. 135 s. Oslo 2009.

1/2008 Vedøy, Tord & Ellen J. Amundsen *Rusmiddelbruk blant personer med innvandrerbakgrunn. Oversikter fra befolkningsundersøkelser*. 76 s. Oslo 2008.

8/2007 Lund, Marte K. Ødegård, Astrid Skretting & Karl Erik Lund *Rusmiddelbruk blant unge voksne, 21–30 år. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1998, 2002 og 2006*. 107 s. Oslo 2007.

7/2007 Olsen, Hilgunn & Astrid Skretting *Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom*. 169 s. Oslo 2007.

6/2007 Baklien, Bergljot, Hilde Pape, Ingeborg Rossow & Elisabet E. Storvoll *Regionprosjektet – Nyttig forebygging? Evaluering av et pilotprosjekt om lokalbasert rusforebygging*. 216 s. Oslo 2007.

5/2007 Laurizen, Hege Cesilie & Bergljot Baklien *Overskjenking i Bergen. En oppfølgingsevaluering av Ansvarlig vertskap i Bergen*. 98 s. Oslo 2007.

4/2007 Tefre, Ellen M., Arvid Amundsen, Sturla Nordlund & Karl Erik Lund *Studenter og rusmidler. Bruk av alkohol, tobakk, narkotika og pengespill blant studenter ved Universitetet i Oslo*. 130 s. Oslo 2007

3/2007 Ihlebæk, Camilla & Ellen J. Amundsen *Majoritet og minoritet. Alkoholbruk blant ungdom utenfor storbyen*. 54 s. Oslo 2007.

2/2007 Horverak, Øyvind & Elin K. Bye *Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973–2004*. 245 s. Oslo 2007.

1/2007 Snertingdal, Mette Irmgard *Kalkulerende kjeltringer eller offer for omstendighetene? En kvalitativ studie av heroinomsetningens utvikling og aktører*. 140 s. Oslo 2007.

5/2006 Bretteville-Jensen, Anne Line & Ellen J. Amundsen *Omfang av sprøytemisbruk i Norge*. 83 s. Oslo 2006.

4/2006 Buvik, Kristin V. & Bergljot Baklien *Skal det være noe mer før vi stenger? Evaluering av Ansvarlig vertskap i Trondheim*. 112 s. Oslo 2006.

3/2006 Nøkleby, Heid & Grethe Lauritzen *Rusmiddelmisbruk og spiseforstyrrelser. Sammenfall og sammenhenger. En litteraturstudie*. 165 s. Oslo 2006.

2/2006 Olsen, Hilgunn & Astrid Skretting *Ingen enkle løsninger: Evaluering av Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum*. 166 s. Oslo 2006.

1/2006 Solbakken, Bjørn H. & Grethe Lauritzen *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer*. 150 s. Oslo 2006.

6/2005 Berg, Frid Fjose & Anne Line Bretteville-Jensen *Ungdoms etterspørsel etter alkohol. En empirisk analyse basert på intervjudata 1990–2004*. 75 s. Oslo 2005.

5/2005 Solbakken, Bjørn H., Grethe Lauritzen & Marte K. Ødegård Lund *Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer*. 124 s. Oslo 2005.

4/2005 Bretteville-Jensen, Anne Line *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler. En analyse av intervjuer foretatt 1993–2004*. 176 s. Oslo 2005.

3/2005 Østhus, Ståle *Befolkningens holdninger til alkoholpolitikken. En analyse av sammenhengen mellom alkoholpolitikken og folkemeningen i perioden fra 1962 og fram til i dag*. 120 s. Oslo 2005.

2/2005 Amundsen, Ellen J., & Robert Lalla *Narkotikasituasjonen i kommunene. Resultater fra årene 2002 og 2003*. 44 s. Oslo 2005.

1/2005 Rise, Jostein, Henrik Natvig & Elisabet E. Storrø *Evaluering av alkoholkampanjen «Alvorlig talt»*. 128 s. Oslo 2005.

## SIRUS-skrifter

Følgende publikasjoner er utkommet i denne serien fra og med 2005. For oversikt over alle tidligere utgitte SIRUS-skrifter, se [www.sirus.no](http://www.sirus.no) under publikasjoner:

1/2008 Lund, Karl Erik & Jostein Rise *Kunnskapsgrunnlag for forslaget om et forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer*. 83 s. Oslo 2008.

5/2007 Hetland, Jørn, Leif Edvard Årø & Simon Øverland *Røykfrie serveringssteder. Samlerapport fra en prospektiv undersøkelse blant ansatte i serveringsbransjen*. 43 s. Oslo 2007.

4/2007 Frøyland, Kjetil *Med arbeidslivet som arena. Om kunnskaps- og utviklingsbehov i arbeidslivsrelatert rusmiddelforskning*. 65 s. Oslo 2007.

3/2007 Lund, Marianne & Rita Lindbak *Norwegian Tobacco Statistics 1973–2006*. 43 s. Oslo 2007.

2/2007 Lund, Karl Erik (red.), Rune Ottesen, Jostein Rise, Sidsel Graff-Iversen & Kjell Bjartveit: *Grunnlaget for allmennhetens oppfatning om risiko ved sigaretttrøyking i 1950- og 60 årene i Norge*. Erklæringer til Norges Høyesterett i forbindelse med søksmål fra skadelidt om erstatning fra tobakksprodusent. 231 s. Oslo 2007.

1/2007 Melberg, Hans Olav *Hvor mye betyr tobakksprisen for endringer i tobakksforbruket? Utviklingen i pris og forbruk i Norge mellom 1985 og 2005*. 29 s. Oslo 2007.

5/2006 Rise, Jostein *En sosialpsykologisk analyse av et fryktvekkende budskap. En kvasiekspérimentell undersøkelse*. 68 s. Oslo 2006.

4/2006 Larsen, Elisabeth, Jostein Rise & Pål Kraft *En evaluering av tobakkskampanjen «Hver eneste sigarett skader deg»*. 53 s. Oslo 2006.

3/2006 Larsen, Elisabeth, Karl Erik Lund og Jostein Rise *Evaluering av tobakkskampanjen «Røyken tar pusten fra deg»*. 116 s. Oslo 2006.

2/2006 Lund, Karl Erik *The introduction of smoke-free hospitality venues in Norway. Impact on revenues, frequency of patronage, satisfaction and compliance. Evaluation of public tobacco control work in Norway 2003–2007*. 110 s. Oslo 2006.

1/2006 Lund, Karl Erik *Innføring av røykfrie serveringssteder i Norge. Konsekvenser for omsetning, besøksfrekvens, trivsel og etterlevelse.* 121 s. Oslo 2006.

6/2005 Larsen, Elisabeth, Marianne Lund & Karl Erik Lund: *Evaluerings av helseadvarslene på tobakkspakkene.* 33 s. Oslo 2005.

5/2005 Amundsen, Ellen J. *Alkohol- og tobakksbruk blant ungdom: Hva betyr innvandrerbakgrunn? Resultater fra en helseundersøkelse blant 10 klassinger i Oslo 2000/2001.* 92 s. Oslo 2005.

4/2005 Lund, Karl Erik *Tobakksavgiften som helsepolitisk styringsinstrument.* 60 s. Oslo 2005.

3/2005 Hetland, Jørn & Leif Edvard Aarø *Røykfrie serveringssteder. Luftkvalitet, helse og trivsel blant ansatte i serveringsbransjen.* 46 s. Oslo 2005.

2/2005 Hetland, Jørn & Leif Edvard Aarø *Røykevaner, holdninger til innføring av røykfrie serveringssteder og opplevelse av håndhevingsproblemer i serveringsbransjen. En prospektiv panelundersøkelse.* 75 s. Oslo 2005.

1/2005 Hetland, Hilde & Leif Edvard Aarø *Hva kan forbedres i VÆR røykFri-programmet? Intervjuer med elever, lærere og rektorer.* 59 s. Oslo 2005.