

2006

EVALUERING AV FORSØK MED FAMILIESENTERE I NORGE 2002-2004

RANDI HAUGLAND JOHN A. RØNNING KIRSTI LENSCHOW

REGIONSENTER FOR BARN OG UNGES PSYKISKE HELSE, NORD

INSTITUTT FOR KLINISK MEDISIN
DET MEDISINSKE FAKULTET



Forord

Tema for denne rapporten er todelt. Det ene er psykososialt arbeid med barnefamilier i et tverrfaglig familiesenter. Det andre er implementeringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse med fokus på tilgjengelighet, brukermedvirkning og profesjonell fleksibilitet.

Rapporten er basert på tre år med studier, analyser og diskusjoner i forskerteamet, med de kommunale prosjektlederne og med samarbeidspartnere i Sintef Helse og NIBR. Trond Hatling, Helle Wessel Andersson og Lars Kristofersen har betydd mye for design, intervjuguide og analyse. Vi takker for et kreativt samarbeid.

Vi vil også benytte anledningen til å takke prosjektlederne i forsøkskommunene, Anne Lise Bruteig (Nes), Gunn Indrevær (Furuset), Ingeborg Wien (Ringsaker), Irene Larssen (Fauske), Emmy Votvik (Bodø) og Else Elvestad og Ann Mari Hansen (Nordreisa), som har bidratt med sitt engasjement i arbeidet med familiesentrene, og med tilrettelegging av alle intervjuene. Vi takker også alle informantene, både fagfolk og brukere, som har gitt mange timer av sin kostbare tid. De har generøst bidratt med sin forståelse, sine meninger og opplevelser.

Evalueringen har vært en spennende og interessant jobb, som nå avsluttes med både glede og sorg. Konklusjoner fra studien har naturlig nok resultert i en økende interesse for tilgjengelighet, brukermedvirkning og profesjonell fleksibilitet; og stadig nye spørsmål som vi gjerne skulle hatt svar på. Men alt har en ende, videre undersøkelser når det gjelder familiesentermodellen, forsøkskommunene og følger av Opptrappingsplanen vil andre måtte ta stilling til.

I prosjektperioden har professor John A. Rønning hatt det faglige ansvar. Han har sammen med prosjektleder Kirsti Lenschow deltatt i det enkelte senters utviklingsprosesser, tatt initiativ til samarbeid med Sintef og NIBR om utvikling av felles intervjuguide, og til fortolkningsprosedyrer. Han har veiledet gjennomføringen av intervjuene, og utføringen av foreliggende rapport. Prosjektleder Kirsti Lenschow har ved siden av arbeidet i kommunene, bidratt i utviklingen av felles intervjuguide, deltatt i diskusjoner rundt vesentlige spørsmål under evalueringsperioden, samt bidratt med fakta fra og helhetsbilde av kommunene. Forsker Randi Haugland har vært hovedansvarlig for gjennomføring av intervjuene, deltatt i utviklingen av fortolkningsprosedyrer, anvendt disse på intervjumaterialet, og ført pennen i foreliggende rapport. Hun har gjennomført utstrakt tilbakemeldingsvirksomhet til de deltakende familiesentrene.

Avslutningsvis vil vi også takke Sosial- og helsedirektoratet for økonomisk og annen støtte.

Tromsø, 31 desember 2005

Randi Haugland
forsker

John A. Rønning
professor

Kirsti Lenschow
prosjektleder

RBUP Nord

Barneavdelingen, IKM

RBUP Nord

Innhold

Sammendrag	6
Kan staten reformere fagfolks forståelse?	6
1 Familiesentermodellen	6
2 Forsøk med familiesenter, et tiltak i regi av reformen for psykisk helsearbeid	7
3 Resultater av familiesentermodellen	8
4 Ringvirkninger i fagfeltet	9
5 Konklusjoner	10
1 Innledning	11
1.1 Hvorfor familiesenter som forebyggende psykososialt tiltak	12
1.2 Ideologi og praksisfelt	13
1.2.1 Ideologisk grunnlag	13
1.2.2 Tjenestene og det profesjonelle landskapet	14
2 Basistjenestene for psykisk helsearbeid	17
2.1 Helsesøstertjenesten	17
2.2 Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)	17
2.3 Barneverntjenesten	18
2.4 Poliklinikken for barn og unges psykiske helse	18
3 Sentrale perspektiver og begreper	20
3.1 Mestringsperspektivet	20
3.2 Aktør- og brukerperspektivet	20
3.3 Helhetsperspektivet	21
3.4 Helsefremmende og forebyggende perspektiv	21
3.5 Kunnskaps- og kompetanseperspektivet	22
4 Forsøk med familiesenter	23
4.1 Forsøkskommunene	23
4.2 Forventninger til forsøkskommunene	23
4.3 Kommunale mål for prosjektet	24
4.4 Foreldrestøttende arbeid – større barn og ungdom	25
4.5 Nasjonalt nettverk av familiesenterkommuner.	25
5 Evaluering av forsøk med familiesenter	26
5.1 Evalueringsetode	26
5.1.1 Problemstillinger	27
5.1.2 Utvalg	27
5.1.3 Kvalitetssikring	29
5.2 Tidsplan	29
5.3 Analyse	30
5.4 Tilbakemelding og rapportering	30

6 De profesjonelle	32
6.1 Første intervjurunde oktober 2002 – mars 2003	32
6.1.1 Organisering og forankring i tjenestesystemet	32
6.1.2 Tilgjengelighet	34
6.1.3 Tverrfaglig samarbeid/profesjonell fleksibilitet	35
6.1.4 Brukermedvirkning	37
6.2 Andre intervjurunde november 2003 – juni 2004	37
6.2.1 Organisering og forankring i tjenestesystemet	38
6.2.2 Tilgjengelighet	39
6.2.3 Tverrfaglig samarbeid/profesjonell fleksibilitet	40
6.2.4 Brukermedvirkning	42
6.3 Tredje intervjurunde november 2004 – februar 2005	43
6.3.1 Organisering og forankring i tjenestesystemet	43
6.3.2 Tilgjengelighet	44
6.3.3 Tverrfaglig samarbeid /profesjonell fleksibilitet	46
6.3.4 Brukermedvirkning	47
6.4 Historien om en vellykket sak	48
6.4.1 Bakgrunn for saken	48
6.4.2 Teamarbeid i svangerskapet	49
6.4.3 Teamarbeid etter fødselen	50
6.4.4 Refleksjoner	52
7 Familiesentret og brukerne	53
7.1 En hverdag i familiesentret	53
7.2 Brukerundersøkelsen	54
7.2.1 Åpen barnehage	54
7.2.2 Tre eksempler fra tverrfaglig samarbeid	54
8 Familiesentret – en tverrfaglig hule i et flerfaglig landskap?	58
8.1 Ringvirkninger i fagfeltet	58
8.1.1 Forskjell mellom tjenester	59
8.1.2 Forskjell mellom kommuner	61
8.2 Konklusjoner	61
Kilder og henvisninger	63

Sammendrag

Kan staten reformere fagfolks forståelse?

Statlige reformer er en del av velferdsstatens utvikling. Det er stor enighet om å utvikle offentlige tjenester til beste for brukerne og for samfunnet. Internasjonale og nasjonale føringer har derfor i mange år pålagt fagfolk å samarbeide med brukerne og med hverandre. Også i fagmiljøene argumenteres det etter hvert for et rettighetsperspektiv med fokus på empowerment¹. Det er ingen tvil om at brukermedvirkning bidrar til både å effektivisere tjenestene og øke deres nytteverdi for brukerne.

Men er det slik at politiske verdier automatisk adopteres av fagfolkene som skal iverksette reformene? Kan profesjonelle tjenester "demokratiseres" ved hjelp av sentrale føringer og politiske vedtak? Hvis ikke, hva skal da til for å skape ny forståelse av profesjons- og brukermakt, og av fagfolks roller i en "post-profesjonell" tidsalder²? Fagfolk og forskere ved RBUP Nord og IKM³ ved Universitetet i Tromsø har i tre år studert endring av profesjonell forståelse i seks norske kommuner som har drevet forsøk med familiesenter. Dette er en tverretattlig samarbeidsarena for psykososialt arbeid på flere nivå og et tverrfaglig tiltak, der brukermedvirkning står sentralt. Forsøket er finansiert gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse. I det følgende beskrives familiesentermodellen, forsøket og noen av funnene.

1 Familiesentermodellen

Mange norske kommuner har de senere årene utviklet ulike modeller for familierettet tverrfaglig samarbeid med fokus på psykososial problematikk. Noen bruker begrepet familiesenter på en samarbeidsform, et tverrfaglig team som driver veiledning og konsultasjon til brukere og fagfolk. Denne modellen har hentet inspirasjon fra Danmark. Det norske forsøksprosjektet tar utgangspunkt i en svensk modell, der familiesenteret er et hus med mange tilbud og god tilgjengelighet av tjenester og fagfolk, også et tverrfaglig team. Senteret skal drive både helsefremmende og forebyggende arbeid, og det skal helst ligge i et boligområde. I denne modellen er familiesenteret både et tverrfaglig tiltak i seg selv, og en tverretattlig samarbeidsarena. Tjenester med ansvar for psykososial problematikk er "eiere" av familiesenteret og skal bidra med kompetanse, ressurser og tilbud (programmer). Familiesentrets virksomhet bygger på "det preventive paradoks" ⁴. Dette betyr at man best kan nå risikofamilier, særlig de som er reddest for hjelpeapparatet, gjennom gode velferdstilbud for alle. Allmenne tilbud som svangerskapsomsorg, helsestasjon og åpen barnehage fungerer som familiesenterets "magneter". Åpen barnehage⁵ er selve hjertet i familiesenteret. Det er en møteplass som ledes av en pedagog, men hit kommer også fagfolk med ansvar for psykososialt arbeid fra andre deler av familiesenteret, fra kommunen for øvrig og fra spesialisttjenestene. I tillegg til pedagogisk virksomhet som stimulering av ungene, informasjonsvirksomhet, diskusjoner, foreldreveiledning og "problemsortering" ⁶, står annet helsefremmende arbeid som nettverks- og tillitsbygging sentralt. Inkludert i det allmene tilbudet finnes også individuell og gruppebasert veiledning og konsultasjonsvirksomhet, samlivs- og foreldredkurs.

Familiesenterets faglige tilnærming tar bl.a. utgangspunkt i at psykososiale stressfaktorer øker risiko for utvikling av psykiske problemer og lidelser⁷. Som forebyggende tiltak skal senteret derfor bidra til at barn får rett hjelp til rett tid. Tidlig oppdaging og tidlig hjelp er helt sentralt for å nå et mål som bedre tilgjengelighet. Jordmødre og helsesøstre i familiesenteret har tatt i bruk verktøy for screening⁸, slik at foreldrenes rapportering om egen livssituasjon og sin oppfatninger av barnet og dets utvikling, kan danne grunnlag for informasjon og tilbud om hjelp. Problem utvikling forebygges gjennom foreldreveiledning og et kompetent

¹ Defineres som myndiggjøring.

² Hentet fra fagartikler om psykisk helsearbeid fra New Zealand

³ Regionsenteret for barn og unges psykisk helse i Nord Norge og Institutt for klinisk medisin, begge ved det medisinske fakultetet

⁴ Antonovsky, 1979.

⁵ Åpen barnehage er et møtested og pedagogisk tilbud for barn under skolealder og deres foresatte. Den drives av en pedagog, er godkjent og finansiert som pedagogisk tiltak.

⁶ Informasjon og uformelle diskusjoner om barn bidrar til at foreldrenes dagligdagse bekymringer ikke vokser til problemer.

tverretatlig team som utreder og arbeider systematisk med familier i risiko. Dette innebærer også sosialt arbeid knyttet til boforhold, inntekt, utdanning, familiekonflikter (vold), osv. Teamarbeiderne har gode forbindelser til tjenestesystemet utenfor familiesenteret, slik at hjelpetiltak som krever henvisninger, forvaltningsvedtak og ressurser utenfra lett kan skaffes. Omfattende hjelp fra flere tjenester koordineres av teamet. Dette betyr at familier med sammensatte behov slipper å gå kanossagangen fra instans til instans, uten at disse vet om hverandres bidrag. Lavterskelprofilen gjør at familiesenteret er ”mappefri sone”, men jordmor og helsesøster fører helsekort som på alle helsestasjoner. Viktige aktører i familiesenteret er jordmor- og helsesøstertjenesten, barneverntjenesten, PP- tjenesten, barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), sosialtjenesten, barne- og familievern i Bufetat, politiet og voksenpsykiatrien. I nettverksarbeidet legges det også stor vekt på samarbeid med frivillige organisasjoner.

2 Forsøk med familiesenter, et tiltak i regi av reformen for psykisk helsearbeid

Familiesentermodellen er et ektefødt barn av Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999 – 2006, nå utvidet til 2008). Reformen har som målsetting å gi mennesker med psykiske problemer og lidelser et kvalitativt bedre og mer tilgjengelig tilbud. Planen er sterkt inspirert av Ottawa-charteret av 1986, som ble utarbeidet på en internasjonal WHO-konferanse. Dokumentet, som har inspirert og forpliktet norske myndigheter, representerer en ny tenkning for offentlige tjenester i den vestlige verden. Det fokuserer på sosiale ulikheter som en viktig helsepåvirkende faktor, og på multisektorielle strategier og maktmobilisering / empowerment for å møte psykososial problematikk.

Som en følge av reformen for psykisk helsearbeid fikk seks norske kommuner statlige prosjektmidler for å drive forsøk med familiesenter i perioden 2002 – 2004. Dette var Nordreisa, Fauske, Bodø, Ringsaker, Nes i Akershus og Furuset (nå Alna) bydel i Oslo. Ved prosjektslutt ble familiesentermodellen vurdert som så vellykket at familiesentrene videreføres i alle forsøkskommunene. De største arbeider i tillegg med å etablere flere sentra, og for noen kommuner har omorganiseringer blitt et tilleggsresultat. Etter en tid med stadig flere skranker, byråkratiske henvisningssystemer og et stadig større press på tjenestesystemet, har familiesenteret for mange blitt ”the missing link”, en etterlengtet fleksibel forbindelse mellom helsestasjonen og BUP, PP- og barneverntjenesten. Fra statens side er prosjektet videreført i 2005 og 2006 med penger til nettverksbygging og bistand til nye kommuner som ønsker å etablere familiesenter. Forsøkskommunene er sentrale støttespillere i denne overgangsperioden.

Familiesenteret er et tverretatlig tiltak og en samarbeidsarena som står i et uløselig avhengighetsforhold til det øvrige hjelpesystemet med ansvar for psykososial problematikk. Den nasjonale evalueringen av modellen har derfor sett familiesentrenes virksomhet i sammenheng med de øvrige tjenestenes forståelse av tilgjengelighet, brukemedvirkning og profesjonell fleksibilitet. Repeterte intervju med ledere i helsesøstertjenesten, BUP, PP- og barneverntjenesten har vært den viktigste metoden. Alle ble invitert til å ta med kollegaer som var aktive deltakere i familiesenterprosjektet til et fokusgruppeintervju. Det er også foretatt en brukerundersøkelse omtrent midtveis i prosjektperioden.

Både kommunalt og profesjonelt ”selvstyre” står sterkt i Norge, statlige reformer kan derfor møte både aktiv og passiv motstand. Studier av fagfolks forståelse av sentrale føringer kan gi implementeringskunnskap av verdi for myndigheter og prosjektledere som skal gjennomføre reformer. Av den grunn har UiTø invitert til samarbeid med forskere fra Sintef Helseforskning i Trondheim og NIBR i Oslo. Begge forskningsinstanser har ansvar for en rekke andre effektstudier av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Med samme intervjuguide som UiT, har forskerne ved Sintef og NIBR studert endringsprosessen i seks kommuner uten forsøk med familiesenter. Sintef har hatt fokus på samarbeidsrelasjonen mellom helsesøster- og PP-tjenesten mens NIBR har hatt fokus på relasjonen mellom barneverntjenesten og BUP. Det har ikke vært res-

⁷ Bygger på sosialpsykologisk og sosiokulturell teori, om forholdet mellom individ, familie, kultur/system og sosiale omgivelser.

⁸ Flere bruker selvrapporteringsskjemaene Parent Stress Index og Ages and Stages. Rønning, J.A. (2001). Prosjektbeskrivelse: Tidlig kartlegging ved konsultasjon i helsestasjonen. Barneavdelingen, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø.

surser til en tversgående analyse av datamaterialet, men tendenser fra funn i alle 12 kommuner har vært sammenliknet og drøftet underveis. Felles for alle tre forskningsinstanser er at alle kommunene har fått tilbagemelding underveis gjennom skriftlige rapporter. UiTø har også hatt innlegg på interne konferanser for familiesenterkommunene. På denne måten har evalueringen også bidratt til utviklingen i kommunene.

3 Resultater av familiesentermodellen

Studien viser at familiesentermodellen er vellykket i den forstand at den har gitt et mer tilgjengelig tilbud til brukere med risiko for å utvikle psykososial problematikk. De ansatte i familiesentrene rapporterer om at tverrfaglighet og brukermedvirkning bidrar til profesjonell trygghet og fleksibilitet. Fagfolkene forstår og tør mer, dvs både å se og å handle, når de slipper å ta ansvar alene. Faglig ensomhet er et tilbaketrukket stadium for deltakerne i familiesenteret, og ny tverrfaglig metodikk er under utvikling. Familiesenteret gir en modell for utvikling av "best-practice" når det gjelder tverrfaglig samarbeid på brukernes premisser.

Også brukerne er svært fornøyd. Brukerne av åpen barnehage, der flertallet er småbarnsmødre i omsorgspermisjon og / eller med kontantstøtte, berømmer familiesenterets tilgjengelighet og nettverksbyggende effekt. De legger også vekt på at de har lært betydningen av å stimulere ungene sine tidlig. Innvandrerforeldre rapporterer om gleden ved og nytteverdien av å lære norsk kultur og barneoppdragelse sammen med barna sine, og poengterer at dette gjør skolestarten enklere for alle parter. Brukere med omfattende og sammensatte behov, rapporterer om at det tverrfaglige teamet bidrar til at de nå slipper å bruke krefter på å koordinere et vanskelig tilgjengelig hjelpeapparat. De får raskere og en mer helhetlig hjelp med omfattende problemer og kan konsentrere ressursene sine om å skape endring for seg og sine. Flere legger vekt på at familiesenteret representerer et nytt og annerledes "klima" innen hjelpesystemet, ved at det bygger på respekt og reell brukermedvirkning.

Barn av foreldre med psykiske problemer som angst og depresjon har vært en viktig målgruppe for sentrene. Risikofamilier og barn, som tidligere ikke var syke eller problematiske nok for barnevern, PPT og BUP, får nå tverrfaglig hjelp, både gjennom familiesenteret og fra de andre tjenestene. Et respektfullt klima har sammen med tryggere helsesøstere også påvirket mødrenes selvrapportering om problemer. Dette har bl.a. ført til tidligere oppdaging og håndtering av familievold enn det som var vanlig, da tjenestene i beste fall meldte eller henviste til hverandre. Et av sentrene har jobbet systematisk med tillitsbygging overfor og samarbeid sammen med mødre som utsettes for familievold. Tverrfaglig og tverretattlig støtte bidrar til at flere mødre mestrer å stå i det enorme presset som oppstår når de melder mishandling til politiet og går ut av det skadelige forholdet. Erfaringene herfra er viktig for utvikling av ny metodikk på dette vanskelige fagområdet.

4 Ringvirkninger i fagfeltet

Det er ingen tvil om at familiesenteret har vist seg som et effektivt virkemiddel til å skape bedre tilgjengelighet gjennom tverrfaglighet og brukermedvirkning. Aktørene rapporterer både om endret profesjons- og brukerforståelse og om utvikling av ny metodikk som gir positive virkninger for brukerne av familiesenteret. Tidlig og bedre hjelp bekreftes også av brukere. Evalueringen kan derfor konkludere med at familiesentermodellen har vist seg som et godt tiltak for å nå sentrale mål i Opptrappingsplanen for psykisk helse, i hvert fall på kort sikt. Men er dette nok for å skape endringer som gjør en forskjell i hele tjenestesystemet? Vil i det hele tatt familiesenteret kunne bestå som tverretattlig samarbeidsarena uten at de andre tjenestene i hjelpesystemet endrer sin forståelse av *tilgjengelighet, brukermedvirkning og profesjonell fleksibilitet*?

Det vil alltid finnes motstand mot krav til forandringer som endrer maktforhold mellom fagfolk og mellom fagfolk og brukere av profesjonelle tjenester. For mange er nytenkning en stor utfordring og status quo det mest behagelige. I denne studien begrunnes motstanden gjerne med faglig uenighet om prioriteringer. Evalueringen viser at konservative fagfolk gjerne vil konsentrere seg om "de egentlige" ⁹ oppgavene for tjenesten. Begrunnelsen er at det i en tid med økende krav til effekt og evidens blir vanskelig å prioritere helsefremmende og forebyggende arbeid, som det kan være vanskelig å dokumentere virkninger av. Flere mener også at tverrfaglig samarbeid og profesjonell fleksibilitet handler mer om ressurser enn om profesjonelle holdninger. En konsekvens av denne forståelsen ble at flere tjenester stilte seg avventende til familiesenterdeltakelse i hele prosjektperioden, og at dette ble tillatt av tjenesteeierne. Evalueringen har derfor stilt spørsmål ved om familiesenteret har blitt en tverrfaglig "øy" i et flerfaglig¹⁰ landskap, eller om det er slik at familiesenterets praksis og kunnskapsutvikling har bidratt til en ny forståelse i hele hjelpesystemet med ansvar for psykososial problematikk.

Undersøkelsen, som var rettet mot helsesøstertjenesten, PP-tjenesten, barneverntjenesten og BUP¹¹, viste store forskjeller mellom tjenestene. Ny forståelse var i stor grad knyttet til selve deltakelsen i prosjektet, om informantene hadde et "eierforhold" til familiesenteret og implisitt kunnskap om modellens resultater. Krav fra prosjektledelsen gjorde at alle forsøks-kommunene hadde forankret sin deltakelse i prosjektet i politiske vedtak. Men det ble likevel overlatt til tjenestelederne å bestemme om, når og hvordan de skulle delta. Forankringen og deltakelsen ble derfor avhengig av ledernes og de øvrige fagfolkenes forståelse av reformen for psykisk helse (opptrappingsplanen), om og på hvilken måte de mente at denne angikk deres fagområde eller ikke. BUPens forståelse og deltakelse var ennå mer tilfeldig, ettersom prosjektet ikke hadde etterspurt en samarbeidsavtale mellom spesialisttjenesten/helseforetaket og forsøkskommunen/familiesenteret.

Helsesøstrene var den profesjonen som hadde vunnet mest på familiesentermodellen. Begeistring for familiesenterets ideologiske grunnlag og nye praksis var stor, men det var likevel slik at helsestasjoner uten tilknytning til et familiesenter fortsatte å jobbe som før. De aller fleste fagfolkene i helsesøstertjenesten, barneverntjenesten, PP-tjenesten og poliklinikkene for arbeid med barn og unges psykiske helse (BUP), viste endret teoretisk forståelse av tilgjengelighet, tverrfaglig samarbeid / profesjonell fleksibilitet og brukermedvirkning i løpet av prosjektperioden. Men utenfor familiesenteret ble ikke tjenestenes praksis endret i vesentlig grad. Ny praksis var avhengig av deltakelse i familiesenterets teamarbeid, om de hadde fått positive erfaring med nye måter å jobbe på, og om ny praksis i familiesenteret ga ny kunnskap og inspirasjon til forandringer i de tradisjonelle tjenestene. De små kommunene hadde lettere for å videreutvikle en profesjonell fleksibilitet som de hadde fra før, men brukermedvirkning handlet fortsatt mest om "høring", dvs medvirkningens laveste nivå. Ingen av informantene fra barnevern- og PP-tjenesten ga eksempler på at det utenfor familiesenteret ble utarbeidet felles mål for endring sammen med brukerne, og at disse målene var grunnlaget for evalueringen av arbeidet. Tiltaksplaner (også individuelle læreplaner) framsto som fag-

⁹ Begrepet er hentet fra diskusjonene det første prosjektåret da flere av aktørene fant det vanskelig å prioritere forebygging.

Begrunnelsen var at arbeidspresset var så stort at de måtte prioritere barna i den andre enden av tiltakskjeden. Motstanden kan også settes sammenheng med utfordringen ved å tenke nytt og behovet for å beholde egen profesjonsmakt.

¹⁰ Med flerfaglig menes parallelle tjenester ved siden av hverandre som krever henvisning / melding til hverandre og som koordineres av brukerne.

¹¹ Det var nødvendig å begrense antallet informanttjenester. Disse fire ble vurdert som de mest sentrale i det psykososiale fagfeltet.

folkenes plan for egen aktivitet, nærmest uavhengig av brukeren, ikke som et felles redskap for en planlagt endringsprosess. Det var heller ingen som kunne fortelle om en fleksibel profesjonalitet der omfattende utredninger av barna og deres familier ble gjort i samarbeid mellom de ulike tjenestene. BUPene var noe mer brukerorientert i sin virksomhet, men var omtrent like lite fleksibel som de andre tjenestene i landskapet. Bare en av BUPene brukte familiesenteret til å skape bedre tilgjengelighet for egen tjeneste.

5 Konklusjoner

Evalueringen av familiesentrene viser at målene for prosjektarbeidet ble nådd. Forsøkskommunene klarte å skape en arena for tverrfaglig, til dels også tverretatlig psykososialt arbeid med barn, unge og deres familier. I løpet av prosjektperioden ble det også skapt et godt utgangspunkt for metodeutvikling på brukernes premisser. Forsøkskommunene har gjennom prosjektperioden kommet langt på vei når det gjelder implementering av verdier og mål for Opptappingsplanen for psykisk helse. Dette indikerer at reformarbeid realiseres når staten legger til rette for endring av forståelse gjennom kompetanseheving og utprøving av ny praksis.

Men grunnleggende endring tar lang tid. Politiske verdier adopteres ikke automatisk av de fagfolkene som skal iverksette reformene, og profesjonelle tjenester demokratiseres ikke av sentrale føringer alene. Da evalueringen startet var Opptappingsplanen for psykisk helse og Strategiplanen for barn og unges psykiske helse relativt dårlig kjent av fagfolk i helsetjenestene, og enda dårligere i andre tjenester med ansvar for psykososial problematikk. PP- og barneverntjenesten har sine sentrale føringer fra andre fagdepartement. Studien viser at det selv med ekstra penger og engasjerte prosjektledere, tar mer enn tre år å endre profesjonell forståelse av tilgjengelighet, brukermedvirkning og profesjonell fleksibilitet. Dette gjelder både i det kommunale tjenestesystemet og i spesialisttjenestene med ansvar for støtteoppgaver. Implementering av store reformer, med konsekvenser for flere tjenester, bør rette innsatsen mot hele tjenestesystemet. Også eierne av tjenestene er en viktig målgruppe fordi økonomiske og organisatoriske betingelser gir rammene for den faglige virksomheten. Implementeringen bør av den grunn skje i nært samarbeid med alle aktuelle departement, ikke bare fagdepartementene, slik at staten ikke taler med flere tunger. Uklarheter og motstridende signaler bidrar til å komplisere omstillingen, de skaper også motstand mot reformer. Informantene i denne studien ønsker bedre koordinering av lovverk og sentrale føringer. En koordinert statsadministrasjon vil, sammen med brukerne og eierne av tjenestene, kunne bidra til et tilgjengelig og helhetlig tjenestesystem og en interaksjon med bedre balanse mellom profesjons- og brukermakt.

Studien viser at familiesenteret skaper ny og etterlengtet praksis, særlig på områder som krever omfattende innsats. Men det er likevel grunn til å spørre om familiesenteret vil kunne bestå som tverretatlig samarbeidsarena hvis ikke hele tjenesteapparatet med ansvar for psykososial problematikk samtidig endrer sin profesjons- og brukerforståelse. Reformens ideologiske grunnlag vil bare kunne forankres i det profesjonelle tjenestesystemet gjennom vekselvirkningen mellom ny praksis og ny teori. Helsedirektoratet har bevilget penger til nettverksarbeid i 2006. Dette vil gi bistand til nye kommuner som ønsker å etablere familiesenter. Men for å sikre en kunnskapsbasert praksisutvikling i familiesentrene bør prosjektet også ha ressurser til å evaluere og formidle denne. Det er derfor behov for at familiesenterprosjektet får leve videre i resten av reformperioden, som nå er utvidet til 2009. Da kan implementeringen av ny forståelse støtte seg på utvikling av nye metoder for brukermedvirkning i tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. Kanskje reformen da kan bidra til en reell snuoperasjon innen offentlige tjenester for psykososial problematikk?

1 Innledning

Sosial- og helsedepartementet, senere Helsedepartementet (HD), nå Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ga i 2001 ABUP, nå RBUP Nord, ved Universitetet i Tromsø, oppdraget med å bistå i etablering og evaluering av kommunale familiesenter. De seks forsøkskommunene er Nordreisa, Fauske, Bodø, Ringsaker, Nes og Furuset (Alna) bydel i Oslo. Prosjektperioden i kommunene ble avsluttet 1.1. 2005. Kommunene har i denne tiden mottatt systematisk oppfølging fra nasjonal prosjektleder Kirsti Lenschow og faglig ansvarlig for familiesenterprosjektet, professor John A. Rønning. For å spre erfaringene fra forsøkskommunene er det siden 2003 arbeidet med etablering av regionale nettverk.

Familiesenterprosjektet er et av mange tiltak knyttet til iverksetting av Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999 – 2006), St.prp. nr 63, 1997-98, der hovedmålet er å øke kvalitet og omfang av offentlige tjenesters arbeid med psykiske helse. Målet med planen er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus¹². Planen legger vekt på normalisering av livssituasjonen for mennesker med psykiske problemer og den inneholder en klar anbefaling om at kommunene ikke skal etablere særtjenester for denne gruppen innbyggere. Opptrappingsplanen er sentral i arbeidet med å utvikle tjenester på kommunalt, fylkeskommunalt og statlig nivå, og planperioden er nå utvidet fram til 2009. Det er hittil bevilget 24 milliarder kroner til omstilling av det psykiske helsearbeidet for både barn og voksne. Familiesenterprosjektets årsbudsjett var opprinnelig på 3 millioner kroner, samt 1,5 til evaluering /forskning. I 2002 ble kommunene bedt om å inkludere et sterkere fokus på utsatt ungdom, og beløpet til kommunal utvikling ble utvidet til fem millioner.

Forsøk med familiesenter nevnes særskilt under tiltak nr 77: *Kartlegge og evaluere modeller for helhetlig tilbud til barn og unge* i ”Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse ... sammen om psykisk helse”, som kom i 2003. En viktig bakgrunn for et tverrfaglig utviklingsprosjekt som familiesenteret er at psykiske og psykososiale problemer er utbredt blant barn og unge. Psykososiale problemer henviser både til forhold i og rundt barnet eller ungdommen. Faktorer som nevnes i denne sammenhengen er ensomhet, mistrivsel, dårlig læringsmiljø i skolen, familiekonflikter, fattigdom, omsorgssvikt og mishandling. I barnehagen, skolen og i hjelpeapparatet kan dette registreres som tristhet, atferds- og lærevansker, spiseforstyrrelser, rusmisbruk, kriminalitet, mv. Forskningsrapporter viser at 15-30 % av barn og ungdom har større eller mindre psykiske plager eller lidelser som kan få store konsekvenser i perioder av livet. For noen kan dette føre til livslang sykdom og store hjelpebehov¹³. 10 – 20 % av norske barn og unge har psykiske plager som har betydning for deres daglige fungering, mens om lag 10 % av ungdommene har så store problemer med angst, depresjon, psykosomatiske lidelser, atferdsproblemer eller rusproblemer at de har behov for profesjonell hjelp. Forekomstundersøkelsene samsvarer i stor grad med andre vestlige land¹⁴ selv om omfanget kan variere noe, avhengig av forskningsmetode og definisjoner.

Et av målene for opptrappingsplanen er å utvikle behandlingskapasiteten i spesialisthelse-tjenesten til en dekning på 5 %, mens en annen viktig satsning er helsefremmende og forebyggende virksomhet for å hindre og motvirke utvikling av psykiske og psykososiale problemer. God dokumentasjon av effekt av slik satsning er ennå mangelvare, men det er allment anerkjent at tidlig kartlegging og forebygging kan gi store gevinster når man sammenlikner med ressursbehov på et senere tidspunkt (behandling i og utenfor sykehus, fengsel, omsorgsinstitusjoner)¹⁵. Styrking av helsefremmende og forebyggende arbeid skal skje bl.a. gjennom videre oppbygging og utvikling av det kommunale tjenestetilbudet og bedre samordning av tjenestene på alle nivå.

¹² NIBR-rapport 2004:12 med henvisning til St.prp. nr 63 (1997-1998).

¹³ Regjeringens Strategiplan for barn og unges psykiske helse sammen om psykisk helse..... Helsedepartementet 2003.

¹⁴ De nordiske landene har noe lavere forekomst enn i USA

¹⁵ ibid

1.1 Hvorfor familiesenter som forebyggende psykososialt tiltak?

Familien, dvs både kjernefamilien og den utvidede familie, regnes som et fundament når det gjelder omsorg for og oppdragelse av barn. Dette gjenspeiles i nasjonal og lokal oppvekstpolitikk samt utviklingen av dagens tjenestesystem. Kommunen har ansvar for å drive helse-, sosial, og pedagogiske tjenester som er tilpasset brukernes behov.

Et familiesenter er definert som en kommunal tverrfaglig familie- og lokalsamfunnsorientert primærtjeneste, støttet av en fleksibel og lydhør statlig spesialisttjeneste. Senteret er både et kommunalt tiltak og en samarbeidsarena for psykososiale tjenester på flere nivå. Det skal være trivsels- og helsefremmende gjennom kunnskapsformidling, nettverksbygging og mobilisering av ressurser innen lokalsamfunn og familie. Videre skal det være problem-forebyggende på flere nivå gjennom svangerskapsomsorg, tidlig kartlegging av risikofaktorer, kurs og veiledning til foreldre, åpen barnehage, selvhjelpsgrupper og terapeutiske grupper. Barn, unge og foreldre med særskilte behov skal i tillegg ha lett tilgang til tverrfaglig teambasert oppfølging, bistand og behandling fra fagfolk og tjenester i og utenfor familiesenteret.

I familiesentret blir foreldre kjent med hverandre gjennom åpen barnehage og ulike gruppetilbud som foreldreskole, samlivskurs for nybakte foreldre, pappagrupper osv. Det skal være lett å komme dit, og det skal være lett å ta kontakt, også for foreldre som av ulike grunner er engstelig for hjelpeapparatet. Av den grunn må familiesenteret være ”mappefri sone”¹⁶, dvs en ubyråkratisk tjeneste der anerkjennelsen av brukernes definisjon av egen situasjon står sentralt. Fagfolk må legge av seg tradisjonelle kontrollroller og en henvisningskultur med ensidig fokus på problemer og risiko. Gjennom samarbeid med brukerne settes fokus på livets sammenhenger, ressurser og mestring. Også spesial- og spesialisttjenestene innen barnevern, medisin og psykisk helsevern har viktig kompetanse for og en viktig rolle i et lavterskeltilbud som familiesenteret. Gjennom et nært samarbeid mellom første, andre – og tredjelinjetjenesten kan utfordringer, problemer og lidelser sees i en familiær, nettverksbasert og samfunnsmessig sammenheng, og brukerne kan få rett hjelp til rett tid. Reell brukermedvirkning og myndiggjøring innebærer bl.a. å unngå tverrfaglig samarbeid over hodet på brukere, klienter og pasienter. Samarbeid og informert samtykke i normalsituasjoner er selvsagt ikke til hinder for at unntaksregelen om informasjonsplikt (melding) til barnevernet kan utløses i gitte situasjoner.

Det helsefremmende og forebyggende arbeidet i familiesenteret illustreres gjennom at sentret har tre ”etasjer”. Virksomheten i første etasje er generelle tiltak til hele befolkningen, som svangerskapsomsorg, helsestasjon, tidlig kartlegging, åpen barnehage, pappagrupper, grupper og kurs for nybakte foreldre eller foreldre i trassalderen. Virksomheten i andre etasje er gruppeorienterte selektive tiltak for foreldre og barn som trenger noe ekstra, f. eks styrking av foreldrekompetanse og relasjonen mellom foreldre og barn. Her fins tverrfaglig team, bestående av ulike fagfolk, tilbud som ”foreldreskole” for barn med funksjonshemninger, søvnvansker, og grupper for unge mødre med behov for ekstra støtte og oppfølging, osv.¹⁷

Virksomheten i tredje etasje er rettet mot selektive og indikerte tiltak knyttet til familier med sammensatte vansker¹⁸. Teamets tverrfaglige kompetanse er her sentral for å hjelpe familier med flere problemer på en gang, men tredje etasje kan også være en møtearena der teamet og brukere møter tjenester utenfor familiesenteret, eksempelvis tiltaksbarnevernet, sosialtjenesten, voksenpsykiatri, rustjeneste, trygdekontor, politi og kommunal forvaltning som disponerer boliger, avlastningstiltak osv. Ett av familiesentrene har p.t. en liten leilighet på loftet som bl.a. disponeres av barneverntjenesten til samvær mellom barn og foreldre med behov for tilsyn.

¹⁶ Familiesenteret driver forebyggende arbeid overfor barn med saksmapper, men oppbevaring av sensitiv informasjon samt forvaltningsvedtak blir arkivert i den forvaltningstjenesten som har ansvar for saksbehandlingen. Helseopplysninger oppbevares ved helsestasjonen.

¹⁷ Programmet ”De utrolige årene”, som skal forebygge atferdsproblemer blant mindre barn er tatt i bruk flere steder.

¹⁸ Flere familiesenter kan tilby PMTO (Parent management training Oregon) og Marte Meo

Familiesenteret er et tverrfaglig og normaliserende lavterskeltilbud med god tilgjengelighet for brukerne. Det forventes derfor at senteret skal kunne komme i kontakt med og hjelpe barn, unge og familier i risiko på et langt tidligere tidspunkt enn det de tradisjonelle tjenestene vanligvis har vært i stand til. Brukermedvirkning med reell innflytelse skal også bidra til bedre "treffsikkerhet" når det gjelder målsetninger og tiltak for familier som trenger ekstra støtte. Et godt fungerende familiesenter vil derfor kunne redusere presset på de tradisjonelle tjenestene. Dette ser ut til å være trenden både i Sverige og de norske kommunene som utenom dette forsøksprosjektet er i gang med å bygge ut en struktur med familiesenter som lavterskeltilbud i kommunen. Dette er bl.a. Sandefjord og Larvik kommuner.

1.2 Ideologi og praksisfelt

Opptappingsplanen anbefaler at tilbud til mennesker med psykiske problemer skal være integrert i det ordinære tjenestesystemet, ikke i en særtjeneste. Et adekvat tilbud forutsetter derfor at tjenestene må koordineres som et helhetlig tilbud. Men like viktig er det at kunnskapsgrunnlaget for arbeidet må utvides og at fagfolkene i systemet må endre atferd. Det er derfor ikke gitt at et tjenestetilbud for mennesker med psykiske problemer og lidelser blir helhetlig av en omorganisering, dvs at de ansatte i systemet automatisk endrer sin tenkning og sine rutiner ved at rammene rundt dem endrer seg. Undersøkelser viser at folk som er vant til å jobbe spesialisert, vil tendere til å fortsette med det, selv om organisasjonen endres. Normaliseringsparadigmet, og det øvrige ideologiske grunnlaget som Opptappingsplanen bygger på, kan betraktes som et radikalt alternativ til det pleie- og omsorgsparadigmet som sykepleiefaget og andre helseprofesjoner representerer. Det bryter også med de spesialiseringstendenser og institusjonaliserende formene som tradisjonelt har vært dominerende i helse- og sosialsektoren¹⁹.

1.2.1 Ideologisk grunnlag

Opptappingsplanen for psykisk helse og St.melding 16 (2002/2003) "Resept for et sunnere Norge" (Folkehelsemeldinga) er inspirert av Ottawa-chartret (WHO, 1986), som Norge har sluttet seg til. Det signaliserte for mange en ny tenkning om helsefremmende arbeid og forebygging, og det setter fokus på sosial ulikhet som helsepåvirkende faktor, politiske innfallsvinkler, myndiggjøring (empowerment) gjennom prosesser som tar sikte på å gjøre folk i stand til å øke kontrollen over og forbedre helsen og samarbeid mellom sektorer og tilbud tilpasset brukere med forskjellige behov.

I strategidokumentet "Helse i det 21. århundret" (1998) skisseres følgende hovedstrategier:

- Multisektorielle strategier for å takle faktorer som er bestemmende for helseutviklingen, med spesiell oppmerksomhet på fysiske, økonomiske, sosiale, kulturelle og kjønnsrelaterte perspektiver og konsekvenser.
- Resultatorienterte programmer og investeringer i helsefremmende og forebyggende tiltak.
- Styrking av en integrert familie- og lokalsamfunnsorientert primærtjeneste støttet av en fleksibel og lydhør spesialisthelsetjeneste.
- En demokratisk helsefremmende prosess som drar inn relevante samarbeidspartnere i hjem, skole, arbeidsliv, lokalsamfunn og på landsplan – og som bidrar til samling om beslutninger, implementering og ansvar.

Alle strategiene er representert i familiesenterprosjektets ideologiske grunnlag.

¹⁹ NIBR-rapport 2004:12 med bl.a. henvisning til Scott 1981: *Organizations: Rational, Natural and Open systems*, Egeberg 1984: *Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet*, March and Olsen 1989: *Rediscovering institutions*

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003) viser til de samme perspektivene: dvs mestringperspektivet, aktør- og brukerperspektivet, helhetsspektivet og kunnskapsperspektivet. Planen er tverrfaglig og tverretattlig i den forstand at den har betydning for fagområdene til seks fagdepartementer med ulike typer ansvar for barn og unges psykiske helse. Da den ble undertegnet var dette Helsedepartementet, Barne- og familie- departementet, Justisdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Kultur- og kirkedepartementet, Sosialdepartementet og Utdannings- og forskningsdepartementet.

Strategiplanen gir en omfattende tiltaksversikt, der de fleste kan knyttes til familiesenterets arbeidsområde, og den viser til lovverket og en rekke andre offentlige dokumenter som gir viktige signaler og pålegg til fagfeltet om hvordan de ulike tjenestene skal forvaltes og koordineres. Her nevnes særskilt:

St.melding 40 (2001-2002) Om barne- og ungdomsvernet

St.melding nr 39 (2001-2002) Oppvekst og levekår for barn og ungdom i Norge

St.melding nr 29 (2002-2003) Om familien – forpliktende samliv og foreldreskap

St.melding nr 6 (2002-2003) Tiltaksplan mot fattigdom

St.melding nr 40 (2002-2003) Nedbygging av funksjonshemmedes barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne

St.melding nr 30 (2003-2004) Kultur for læring

Ot.prp. nr. 106 (2001-2002) Lovtiltak mot barne- og ungdomskriminaliteten.

Ot.prp. nr. 3 (2002-2003) Rusreform I og Ot.prp. nr 54 (Rusreform II)

Handlingsplan mot rasisme og diskriminering (2002-2006)

NOU 2003:16 Forsterket kvalitet i grunnopplæringen for alle

Ot.prp. nr 45 (2002-2003) Om lov om endring i menneskerettsloven mv.

Alle har betydning for familiesenterets ideologiske grunnlag og for praksis innen og i tilknytning til sentrene. Også *St.melding nr 23 (1997-98) Om opplæring for barn, unge og voksne med særskilte behov*. Den spesialpedagogiske tiltakskjeda og det statlige støttesystemet, er viktig i denne sammenheng.

1.2.2 Tjenestene og det profesjonelle landskapet

Som andre vestlige velferdssamfunn har Norge de siste 20-30 årene utviklet et mangfold av profesjonelle hjelpetjenester for barn, unge og deres familier. Det er brukt store summer på profesjonalisering, dvs oppbygging av faglig ekspertise som forholder seg til samfunnsmessige, mellommenneskelige og personlige problemer, til dels hver for seg. Tjenestene er i all hovedsak offentlig eid og finansiert. I kommunene finner vi jordmor, lege- og helsesøstertjeneste, skolehelsetjeneste, sosial- og barneverntjeneste og pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), mens staten (evt helseforetakene) har ansvar for barne- og familievern, spesial- og spesialisttjenester for somatisk og psykisk helsearbeid, habilitering, rehabilitering, rusmisbruk osv. Fylkeskommunene har ikke lenger ansvar for andrelinje helse- og sosialtjenester, men de har fortsatt et ansvar for ivaretagelse av elever og lærlinger med særskilte behov i videregående skoler gjennom en pålagt Oppfølgingstjeneste og Pedagogisk-psykologisk tjeneste. Sistnevnte kjøpes ofte fra skolens vertskommune.

Den faglige oppsplittingen av tjenestene gjenspeiles også i akademiske fagmiljø med stor betydning for nasjonal fagutvikling. Norge har et mangfold av statlige forsknings- og kompetansesentra for problemer knyttet til eksempelvis sanseforstyrrelser, atferdsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, vold, seksuelle overgrep, selvmord, psykososiale problemer, ulike typer lærevansker, barnevern, psykisk helsevern osv., der avgrensede vitenskapelige perspektiver er mest dominerende. Noen av disse er i ferd med å bli samorganisert, bl.a. for å bidra til økt faglig samarbeid.

Meldinger fra brukerne av det offentlige hjelpeapparatet (klienter, pasienter og pårørende) tyder på at et flerfaglig system har vanskeligheter med å fungere helhetlig. De utfyller ikke hverandre, og er ikke fleksibel nok. Mye av misnøyen er knyttet til at det blir fagområder som ingen tar ansvar for, og at brukerne selv må koordinere sine hjelpere. Sistnevnte krever ressurssterke brukere, som både har tid, krefter, fagkunnskap. Det kreves også god oversikt over tjenestesystemet, dvs en større oversikt enn mange av de ansatte innehar. Et flerfaglig hjelpesystem fører derfor til at mange ikke får den hjelpen de har mest behov for når de trenger den mest. Det kan også føre til avhengighet uten at brukere med langvarig (årevis) kontakt med profesjonelle får en hjelp som virker. Mange tjeneste-eiere stiller derfor spørsmål ved om et flerfaglig hjelpeapparat er unødvendig kostnadskrevende, både i personellbruk og rene penger. Regjering, fagdepartementer og eiere stiller derfor krav om både økt effektivitet gjennom tverrfaglig og tverretatlig samarbeid (koordinering) og et bedre samarbeid med brukerne.

Men omstillingen av offentlige tjenester har vist seg vanskelig å gjennomføre, sannsynligvis av flere årsaker. En årsak kan være at tjenestesystemet i oppbyggingsfasen har vært gjenstand for liten grad av innsyn og samfunnsmessig kontroll. De fleste tjenestene har fått utvikle seg på egne premisser, og kjennetegnes derfor i stor grad av profesjonell autonomi, der ledernes *forståelse* er avgjørende for iverksetting av sentrale politiske føringer. Bruk av empirisk basert evaluering er av ny dato, og resultatene er ennå usikre. God formidling av evaluerings- og forskningsresultater til politikere og brukere er heller ikke særlig utbredt. Mangel på innsyn, både i de enkelte tjenestene og i systemet som helhet, kan derfor ha bidratt til "lukkede" profesjonelle systemer og en mystifisering av profesjonell kompetanse, kanskje særlig innen psykisk helsevern.

Etter hvert som velferdsstaten og utdanningssamfunnet bidro til at antall tjenester og kostnader økte, har eiere likevel gjort forsøk på politisk og administrativ styring og samordning, bl.a. gjennom oppbygging av et faglig-administrativt byråkrati. Men et ekstra ledd i forvaltningen har ikke alltid bidratt til en bedre sammenheng mellom politiske verdier og fagutøvelse. I mangel av et aktivt aktør- og brukerperspektiv kom byråkratenes forståelse derfor til å handle om økonomistyring alene. Det kan virke som om svak interaksjon mellom politikk, administrasjon, forskning og fagutøvelse fremdeles kan gjøre det vanskelig å enes om felles målsetninger, særlig når brukernes stemme er fraværende.

En annen årsak kan være at psykisk helsearbeid for barn og unge har en utydelig forankring i den kommunale tjenesteorganisasjonen som helhet²⁰. Dette gir uklare forventninger og rolleavklaringer i det tverrfaglige samarbeidet. I tillegg er lover, forskrifter og andre statlige føringer såpass generelle at de gir rom for vide tolkninger når det gjelder hvilke oppgaver som skal prioriteres innen hver tjeneste og hvordan dette skal gjøres. De kan også være tvetydige og gi så motsetningsfylte signaler at virksomhetslederens profesjons- og brukerforståelse får avgjørende betydning for organisering, innhold og koordinering opp mot tilgrensede tjenester. For noen (helseforetakene) vil også finansieringen få avgjørende betydning for tjenestens prioriteringer.

Samtidig kan den ekspertrollen og profesjonsmakten som i lang tid har vært dyrket både i utdanningssystemet og i praksisfeltet lett komme i konflikt med internasjonale strømninger og sentrale føringer som strategiplanens aktør-, bruker-, mestrings-, helhets- og kunnskapsperspektiv. Tjeneste- og brukerbegrepene impliserer at fagfolk skal tjene befolkningen og at det er tjenestens ansvar å tilpasse seg brukernes behov, ikke motsatt. Demokratisering av hjelpeapparatet gjennom disse perspektivene forutsetter maktbalansering gjennom en reell anerkjennelse av klienter, pasienter og pårørende som sentrale aktører i egen sak. Empowerment (maktmobilisering, myndiggjøring)²¹ forutsetter at fagfolk deler sin kunnskap med brukerne. Perspektivet forutsetter også reell brukermedvirkning og adgang til forhandlinger ved uenighet.

²⁰ Myrvold, Trine Monica: NIBR-rapport 2004:12. Tilbudet til mennesker med psykiske problemer. Kommunenes arbeid med integrering og koordinering.

²¹ Begrepet stammer fra pedagogen Paolo Freires alfabetisering av undertrykte arbeidere.

En god forvaltning av taushetspliktreglene, der informert samtykke til tverrfaglig samarbeid er helt sentralt, er helt avgjørende i denne sammenhengen, særlig i saker med interessekonflikter. Aktør- og brukerperspektivet innebærer derfor at fagfolks definisjonsmakt og meningskapende kommunikasjonssystem utfordres. Dette er helt sentralt i vår ”post-profesjonelle” tidsalder²², fordi tverrfaglig samarbeid på fagfolks premisser kan bidra til at ekspertmakten øker i stedet for å svekkes. For tjenester med adgang til tvangsbruk, som psykisk helsevern og barnevern, utgjør aktør- og brukerperspektivet en særdeles stor utfordring. Og når barneperspektivet inkluderes i dette bildet, skapes stadig flere aktører som skal medvirke i henhold til alder og modenhet. Dette er en særlig stor utfordring i en tid der barn og unge hovedsakelig vurderes som ”human becomings”, og ikke som ”human beings”²³.

Fagfolk vil gjerne det beste for sine klienter og pasienter, men det fins likevel mange eksempler på at velmenende eksperter mangler anerkjennelse av brukernes egen kunnskap, forståelse og kraft til forandring. Samtidig finner vi pedagoger, helse- og sosialarbeidere og andre fagfolk med kunnskap og evne til å reflektere over egen makt og metodisk utilstrekkelighet. Disse utvikler sine fag gjennom stadig å søke etter nye måter å hjelpe sine brukere på, gjerne i samarbeid med andre profesjoner og tjenester. Mange av de nysgjerrige og skapende fagfolkene er i dag å finne innen familiesentrene og andre ”alternative” bevegelser og nyskappingsprosjekter i fagfeltet. Noen har røtter i 1960 og 70-tallets radikale fagmiljø, der folkeopplysning og empowerment-tenkning var sentral.

²² Begrepet er oversatt fra det engelske begrepet ”post-disciplinary age”, som beskriver dagens situasjon med krav om økning av brukermakt og reduksjon av profesjonsmakt (definisjons- og institusjonsmakt).

²³ Fra en forelesning av Sverre Arild Vis ved Barnevernets utviklingssenter i Nord-Norge.

²⁴ Evalueringen har vært nødt til å begrense antall informanttjenester til fire.

2 Basistjenestene som intervjues i evalueringen

Helsesøstertjenesten, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), barneverntjenesten og poliklinikkjenesten for barn og unges psykiske helse er sentrale aktører i arbeidet med psykisk og psykososial problematikk blant barn, unge og deres familier. Sett i et helseperspektiv har alle de fire tjenestene oppgaver knyttet til helsefremmende og forebyggende arbeid, de er derfor regnet som de mest sentrale informantene i denne evalueringen²⁴. Deres *forståelse* av nøkkelbegrepene tilgjengelighet, tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning er derfor sentral når det gjelder Forsøk med familiesenter og implementeringen av Opptrappingssplanen for psykisk helse. Med fokus på psykisk helsearbeid for barn, unge og deres familier beskrives kort de enkelte tjenestenes oppgaver, organisering og kompetanse.

2.1 Helsesøstertjenesten

Helsesøstertjenesten reguleres av lov om helsetjenester i kommunene, og er en del av den kommunale helsetjenesten ved siden av lege-, jordmor-, fysioterapitjenesten, etc. Den er tradisjonelt organisert i helse, evt helse- og sosialetat. Kommuner med oppvekstetats har inkludert helsesøstertjenesten. Tjenesten er dominert av helseprofesjoner (hovedsakelig helsesøstre) med hovedfokus på barn, unge og deres familier.

Helsesøstertjenesten er den mest tilgjengelige kommunale tjenesten, ved at den kommer i direkte kontakt med alle barn og unge, og de aller fleste småbarnsforeldre. Skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom og helsestasjon for foreldre med små barn er et anerkjent tilbud til alle. Gjennom helsekonsultasjoner, foreldreveiledning og ungdomsveiledning har tjenesten en unik rolle i helsefremmende og forebyggende arbeid på de arenaene barn og unge befinner seg til daglig, i hjem, barnehage og skole. Det vanligste er dagtilbud (ingen turnusorganisering), men helsesøstre som tar pappa-rollen på alvor, driver også gruppetilbud for småbarnsforeldre på ettermiddag eller kveld. Også helsestasjoner for ungdom kan være åpen på kveldstid.

Arbeid med barn og unges psykiske helse har blitt en voksende del av virksomheten. Den gode kontakten med småbarnsfamilier gir også store muligheter for tidlig oppdaging og tidlig intervensjon i risiko-familier, som kan få helhetlig hjelp gjennom tverrfaglig samarbeid. Tjenesten har ikke henvisningsrett til BUP, men må gå gjennom helsestasjons- eller kommunelegen for å skaffe spesialisthjelp.

Fagdepartement: Helsedepartementet.

2.2 Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)

PPT er en pålagt kommunal og fylkeskommunal tverrfaglig tjeneste, som skal forebygge og behandle ulike typer lærevansker gjennom å skape og stimulere til gode lærings- og oppvekstmiljø. Tjenesten har tradisjonelt brukt begrepet sosioemosjonelle lærevansker om psykososial problematikk. Tverrfagligheten har bestått av (spesial)pedagogisk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse, men enkelte tjenester kaller seg i dag for en pedagogisk tjeneste pga av dårlig tilgang på supplerende yrkesgrupper. Tjenesten, som er ”ryggraden” i det spesialpedagogiske hjelpesystemet, tilhører tradisjonelt en undervisningsetat og er hjemlet i Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa. I utkantstrøk er tjenesten ofte interkommunal, ved at den eies av og dekker flere kommuner (gjerne kalt PPD). Videregående skole kjøper ofte tjenester av den kommunale PP-tjenesten i skolens vertskommune.

PPT (tidligere skolepsykologisk kontor) har tradisjonelt hatt rollen som skolens egen hjelpetjeneste, og som sakkyndig organ i forbindelse med spesialpedagogiske tiltak. Tjenesten gir sine tilbud på dagtid. Foreldre og ungdommer kan ta direkte kontakt, men det vanligste er at lærer, evt skoleledelse søker bistand. Det kreves samtykke fra foreldre og eldre barn. PPTs rolle har gradvis endret seg etter at skoler og barnehager

har utviklet egen spesialpedagogisk kompetanse, og rektorene har fått delegert myndighet til iverksetting av spesialpedagogiske tiltak. Fokus er nå endret til systemarbeid (brukerorientert kompetanseutvikling og veiledning i skoler og barnehager), der forebygging av sosioemosjonelle lærevansker (psykososiale problemer) er sentral. PPT har tradisjonelt hatt mye ansvar for barn og unge med alvorlige atferdsvansker, et fagområde som også BUP og barnevern jobber aktivt med.

Fagdepartement: Utdannings- og forskningsdepartementet.

2.3 Barneverntjenesten

Barneverntjenesten er en pålagt kommunal tjeneste uten krav til spesifikk kompetanse (profesjonskrav), og den eneste forvaltningstjenesten blant de fire informanttjenestene. I tillegg til råd og veiledning (kort- og langsiktig endringsarbeid), forvalter tjenesten penger til økonomisk hjelp og materielle tiltak som fritidsutstyr, ferietiltak, støttekontakter, støttefamilier, bolig- og omsorgstiltak osv. Loven spesifiserer ikke type hjelpetiltak, fordi hjelpen skal utarbeides i samarbeid med familien, og fordi bare fantasien skal sette grenser for hva slags hjelp som kan gis for å motvirke en negativ problemutvikling. Foreldre og barn kan henvende seg direkte til tjenesten for å be om bistand, det samme kan andre tjenester gjøre med samtykke fra foreldre/eldre barn. Uten hinder av taushetsplikt har de samme tjenestene informasjonsplikt (ofte kalt meldeplikt) til barneverntjenesten når det er mistanke om at barns helse kan stå i alvorlig fare.

Barneverntjenesten har tradisjonelt vært samorganisert med sosialtjenesten (sosialkontor med flere tjenesteområder). Dette gjelder fortsatt i de fleste små kommuner, mens større kommuner gjerne har inkludert barneverntjenesten i en oppvekstetate. Forvaltningsdelen av tjenesten er tilgjengelig på dagtid, mens en del større kommuner har etablert en barnevernvakt i turnustjeneste for å bedre tilgjengeligheten. De vanligste yrkesgrupper er barnevernpedagoger og sosionomer, men også jurister, førskolelærere og andre pedagoger arbeider med undersøkelser, saksbehandling og sosialt arbeid. Som et supplement til egen kompetanse kjøper barneverntjenesten bistand fra privatpraktiserende psykologer til utredning av psykologiske forhold i vanskelige saker, og advokater til fullmektigrollen i saker som fremmes for fylkesnemnda og retten.

Tjenestens hovedområde er forebygging av og inngrep overfor barnemishandling og omsorgssvikt. Den har både hjelpe-, kontroll- og myndighetsfunksjoner, samt henvisningsrett til BUP. Akuttvedtak fattes av barneverntjenestens leder, mens en regional fylkesnemnd for sosiale saker fatter vedtak i kontroversielle saker med lengre tidsperspektiv. Arbeidet reguleres av Lov om barneverntjenester av 1992, som i forhold til den gamle loven har styrket tjenestens ansvar for å forebygge omsorgssvikt og mishandling gjennom omfattende hjelp til risikofamilier. Kriterier for tiltak er i stor grad knyttet til foreldrenes og barnets helsesituasjon, slik at forebygging av omsorgssvikt og mishandling er sammenfallende med forebyggingsansvaret til helsetjenesten.

Fagdepartement: Barne- og familiedepartementet.

2.4 Poliklinikkene for arbeid med barn- og unges psykiske helse (BUP)

BUP er en tverrfaglig spesialisttjeneste for arbeid med barn og unges psykiske helse, hjemlet i Lov om psykisk helsevern. Bare lege og barneverntjenesten har henvisningsrett, men en del poliklinikker er mer tilgjengelig ved at de tar henvendelser fra foreldre, ungdommer og samarbeidspartnere uten henvisningsrett på alvor, og ordner med henvisninger i etterkant. Poliklinikken skal utrede og behandle psykiske lidelser hos barn og unge, den har også veiledningsplikt overfor den kommunale helsetjenesten (§ 6-3). Opprinnelig sto tverrfaglig teamarbeid sentralt i klinikkene, der psykologer, leger (barnepsykiatere), sosionomer

(nå også barnevernspedagoger) og spesialpedagoger er de vanligste profesjonene. En vanlig behandlingsformen har vært at barn, unge, evt med foresatte, kommer til lek og/eller samtaler på klinikken. De senere år har klinikkene tilegnet seg flere tilnærminger til psykisk helseproblematikk, og de behersker stadig flere programmer for behandling. Poliklinikkene for barn og unges psykiske helse har ingen døgnturnus for øyeblikkelig hjelp, men de har gjerne direkte linjer til andre helseinstitusjoner for døgntil behandling. Et til dels overlappende kompetanseområde med PPT har bidratt til at pedagogene i BUP har stått for en tilgjengelig arbeidsform og et nært samarbeide med skoler og PP-tjenester.

Poliklinikken er organisert under lokal- eller universitetssykehusene i helseforetakene, ved siden av andre spesialisttjenester som barnemedisin, habilitering og voksenpsykiatri.

Tjenesten har også ansvar for forebygging av helseproblemer gjennom opplysningsvirksomhet og samhandling med tilgrensende kommunale og statlige tjenester.

Fagdepartement: Helsedepartementet.

3 Sentrale perspektiver og begreper

I diskusjoner knyttet til etablering av familiesenter brukes en rekke beslektede begreper som det kan være hensiktsmessig å se i sammenheng med de fem grunnleggende perspektivene i Regjeringens strategiplan for barn og unge.

3.1 Mestringsperspektivet

Perspektiver bygger på en erkjennelse av at evnen til å utvikle og ta i bruk egne ressurser er en sentral faktor i personlig utvikling og for å bygge psykisk helse.

- *Mestring* er oversatt fra det engelske begrepet coping. Det handler ikke om vellykkethet, men om å klare seg i hverdagen²⁵.
- *Empowerment* betyr maktmobilisering eller myndiggjøring. Begrepet demystifiserer profesjonell kunnskap og understreker det frigjørende aspekt ved at mennesker reduserer sin avmakt, får større kontroll over sitt dagligliv og større muligheter for å endre sine livsbetingelser²⁶. Forståelsen må ikke forveksles med "ansvarsprivatisering", dvs at brukerne alene må ta ansvar for og betale for familiens helse.
- *Resiliens* betyr motstandskraft eller god psykososial fungering til tross for tilstedeværelse av risiko. Resilienstenkningen frambringer et nytt perspektiv på menneskets evne til utvikling ved at den er opptatt av helsebringende prosesser og forebygging av problemer. Av den grunn er den også av betydning for folkehelseperspektivet²⁷.

3.2 Aktør- og brukerperspektivet

Perspektivet tar utgangspunkt i barn, unge og familiers møte med samfunnet og tjenesteapparatet. Det anerkjenner brukernes kunnskap om sin egen situasjon og rett til deltakelse/medvirkning.

- *Aktørperspektiv* henviser til at de som mottar hjelpetjenester er autonome, handlende individer i egne liv, som fortolker sin egen og andres atferd. Kontakten med hjelpeapparatet er bare en del av deres hverdag²⁸.
- *Brukerperspektiv* henviser til klienter/pasienters forhold til hjelpeapparatet der medvirkning i egen sak står sentralt²⁹.
- *Brukermedvirkning* er nedfelt som prinsipp i norsk lovverk. Å medvirke i egen sak innebærer å få god informasjon gjennom deltakelse slik at en kan gjøre egne valg (samtykke) etter evne, funksjonsnivå og alder. En endring i barneverntjenesteloven (2004) pålegger tjenesten å høre barn helt ned til 7-årsalderen.
- *Brukerstyring* henviser til at brukere av en tjenesten skal være representert i styrings- og referansegrupper for tjenesten.

²⁵ Gjærum m.fl., 1998

²⁶ Horwerak, Omre og Scheldrup, 2002

²⁷ Helmen Borge, 2003

²⁸ Mona Sandbæk, 2001

²⁹ *ibid*

3.3 Helhetsperspektivet

Perspektivet handler om å se barn og unge i en kontekst, dvs i sammenheng med deres familie, sosialt nettverk og nærmiljø. På tjenestenivå handler det om organisering av og samspill mellom berørte tjenester, og om kontinuitet, oversikt og tilgjengelighet til tjenestene.

- *Tilgjengelighet* henviser til tjenestens kapasitet, fysisk beliggenhet, evne til kommunikasjon (språkbruk), åpenhet (informasjon om tjenestens kompetanse / tilbud) og anerkjennelse av andre.
- *Flerfaglighet* henviser til at ulike fag fungerer side ved side uten automatisk kontakt mellom de ulike innfallsvinkler og kunnskapsbaser som fagene representerer. Brukerne og andre utenfor systemet må selv tolke tilgjengelig informasjon og lage en syntese av frambrakt innsikt³⁰. I en flerfaglig modell foregår samarbeid hovedsakelig ved å henvise til og informere hverandre. Brukerne må selv koordinere ulike tjenestetilbud.
- *Tverrfaglighet* eller tverrfaglig samarbeid henviser til at flere yrkesgrupper og tjenester samarbeider om felles utfordringer på tvers av faggrenser for å nå felles mål³¹. For å belyse problemer og ressurser tar man i bruk flere faglige perspektiver (vinklinger) samtidig. Målet er ikke å arbeide sammen, men å utvikle en ”merviten” og en faglig trygghet som den enkelte fagperson/tjeneste ikke kan utvikle alene³².
- *Tverrfaglig team* er en mindre samarbeidsgruppe, et arbeidslag, som samhandler om å løse konkrete oppgaver (nå målsetninger). Det består gjerne av fagfolk fra ulike posisjoner og profesjoner som utfyller hverandre med henblikk på roller og kompetanse, både internt (gjensidig læring) og eksternt (overfor bruker)³³.
- *Koordinering* betyr samordning og er strengere formalisert enn samarbeid, som både kan være formelt og uformelt. Samordning skal tilpasse tjenestenes innsats til hverandre slik at de opptre som en helhet i stedet for å motarbeide hverandre. Samordnede organisasjoner/tjenester kan få svekket autonomi ved at de må innordne seg i et fellesfaglig forståelse³⁴. Samordning er en lederoppgave og foregår på systemnivå i lederteam, styringsorgan, nettverk for virksomhetsledere og som arbeidsledelse på tjenestenivå.

3.4 Helsefremmende og forebyggende perspektiv

I vårt samfunn legges grunnlaget for barns trygghet og personlighet i familien, etter hvert som barnet vokser til også i nettverk, barnehage, skole og fritid. Allment forebyggende arbeid og tidlig avdekking av risikofaktorer i barns nære oppvekstmiljø inkluderes i perspektivet.

- *Folkehelsearbeid* er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper mulighet for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og egen situasjon³⁵.
- *Helsefremmende* arbeid betyr i følge verdens helseorganisasjon (WHO) å sette i gang prosesser som tar sikte på å gjøre folk i stand til øke kontrollen over og forbedre helsen sin. Det er sunnhetsorientert og innebærer å forsterke eller fylle på med positive faktorer som fremmer helse. Ottawa-chartret trekker fram fem strategier i det helsefremmende arbeidet. Disse er å bygge opp en sunn helsepolitikk, å skape et støttende miljø, å styrke lokalsamfunnets muligheter for handling, å utvikle personlige ferdigheter og å reorientere helsetjenesten.
- *Forebyggende* arbeid er problemorientert. Defineres som reduksjon i sykdommer, skader, problemer, dødelighet og reduksjon av risikofaktorer. Forebygging deles i tre nivå der primærforebygging (nivå 1) handler om det som gjøres før problemer har oppstått, sekundærforebygging (nivå 2) handler om å identifisere risiko og bidra til at problemer ikke utvikler seg blant grupper i faresonen, mens tertiærforebygging (nivå 3) handler om å hindre forverring av eksisterende problemer, opprettholde funksjonsnivå osv.³⁶ Jfr de tre ”etasjene” i Familiesenteret, som følger samme forståelse.

³⁰ Glavin og Erdal, 2000 med henvisning til Lauvås og Lauvås, 1994.

³¹ Glavin og Erdal, 2000

³² Rosenvinge, Larsen, Skårderud og Thune Larsen, 2004

³³ Inspirert av Levin, Morten og Rolfsen, Monica: Arbeid i team. Læring og utvikling i team. Fagbokforlaget, 2004.

³⁴ Glavin og Erdal, 2000

³⁵ ibid, henvisning til NOU 1998:18 Det er bruk for alle

³⁶ Glavin og Erdal, 2000 med henvisning til NOU 1991:10 om Flere gode levekår for alle

- Med *familie* menes kjernefamilie og utvidet familie. I denne sammenhengen forstås kjernefamilie vanligvis som barnet med en eller to omsorgspersoner (foreldre, steforeldre, fosterforeldre) Utvidet familie betyr vanligvis at flere personer som slektninger og andre med særskilt relasjon til barnet (faddere ol) inkluderes i familieforståelsen.
- *Nettverk* henviser til den veven av relasjoner som mennesker vanligvis er en del av, og som en må være en del av for å føle seg som en del av et fellesskap³⁷.

3.5 Kunnskaps- og kompetanseperspektiv

Perspektivet handler om å ta i bruk kunnskap og kompetanse der denne finnes, også hos brukerne og deres pårørende, og om å utvikle profesjonell kompetanse i tråd med barn og unges behov der denne mangler. Kunnskaps- og kompetanseperspektivet står i nær sammenheng med mestrings- og ressursperspektivet. Det er behov for mer kunnskap om hva som virker av forebyggende og behandlende strategier, men også om beskyttende og helsefremmende faktorer. Særlig behov er det for mer kunnskap om hvordan tilrettelegge forebyggende tiltak som "treffer" de lokale behov.

Perspektivet har fokus på:

- Kunnskap som grunnlag for innflytelse (medvirkning) og handling (behandling). Dette innebærer at brukernes, også barn og unges kunnskap og kompetanse-nivå må gjøres gyldig og legges til grunn for metodevalg og tiltak både på individ og systemnivå. Samtidig må forskning og forskningsbasert kunnskapsformidling tilrettelegges for myndigheter og brukere, ikke bare for andre forskere.
 - Kunnskap som grunnlag for fagutvikling gjennom evaluering av tjenestenes tilbud og metoder, tiltak og tjenester Dette innebærer større innsyn og samhandling mellom forskning og praksis.
 - Kunnskap som grunnlag for forvaltning og koordinering, ledelse og kompetanseutvikling. Dette innebærer at ledere og beslutningstakere må ha tilgang på relevant kunnskap.
- *Kunnskap* defineres vanligvis som viten, hentet fra egne kroppslige erfaringer og andres påstander om virkeligheten (teori).
 - *Kompetanse* utvider kunnskapsbegrepet til å omfatte kunnskap, ferdigheter og holdninger knyttet til handling; dvs praktisk skjønn og dømmekraft i situasjonen, framkommet gjennom refleksjon i selve situasjonen (ikke bare ettertanke). Profesjonell kompetanse viser seg når vanskelige, konfliktfylte situasjoner og etiske dilemmaer i praksisfeltet håndteres på en god måte³⁸.

³⁷ Fyrand, 1994

³⁸ Fossestøl, 1997, jfr Rosenvinge, Larsen, Skårderud og Thune Larsen 2004.

4 Forsøk med familiesenter

Faglig ansvarlig professor John A. Rønning og nasjonal prosjektleder Kirsti Lenschow startet arbeidet høsten 2001, forsker Randi Haugland ble engasjert ett år senere. Lenschow og Rønning har besøkt forsøkskommunene en rekke ganger og vært tilgjengelig for prosjektlederne med rådgivning og veiledning. Lenschow har også besøkt prosjektstyringsgruppene. Det har også vært arrangert prosjektledersamlinger og samlinger for de deltagende kommunene. Rønning har koblet sitt forskningsprosjekt "Tidlig kartlegging ved konsultasjon i helsestasjonen" til familiesenterprosjektet for de kommunene som var interessert i dette. Etter at kommunenes prosjektperiode var over ved utgangen av 2004, har prosjektleder Kirsti Lenschow vært hovedansvarlig for nasjonalt nettverk av familiesenterkommuner.

Det ble opprettet en styringsgruppe der Sosial- og helsedirektoratet (Shdir), avdeling for psykisk helse har ledelsen. Øvrige representanter i gruppa kommer fra forebyggingsavdelingen i direktoratet, Barne- og Familiedepartementet, Læringssenteret, Voksne for barn og ledelsen for RBUP Nord. Kommunenes styringsgrupper og prosjektledergruppa skulle fungere som referansegrupper for prosjektet.

4.1 Forsøkskommunene

De seks forsøkskommunene representerer til sammen noe av variasjonen blant norske kommuner med hensyn til størrelse, beliggenhet, næringsgrunnlag, etnografi, osv. Valg av forsøkskommuner var delvis knyttet til hvor langt de var kommet i utviklingen av tverrfaglig samarbeid om familier, barn og unge (tidligere prosjekter) fra før. For nærmere beskrivelse av kommunene henvises til prosjektledernes rapporter.

Følgende kommuner ble valgt ut:

Bodø: By med 40 000 innbyggere.

Nordreisa: Landkommune med 4 900 innbyggere.

Fauske: Større landkommune med 10 000 innbyggere, i gang med familiesenterutvikling.

Nes i Akershus: Stor landkommune i utvikling pga Gardermoen, 17 000 innbyggere. Ingen sementerte strukturer, i gang med planlegging av tverrfaglig samarbeid.

Ringsaker: 32 000 innbyggere, koordinator for Norsk nettverk av oppvekst kommuner, i gang med utvikling av familiesenter.

Furuset bydel/Oslo: 29 000 innbyggere med mange innvandrere /fremmedkulturelle, dårlig levekårindeks.

4.2 Forventninger til forsøkskommunene

For å sikre at etableringen av familiesenter hadde tilnærmet samme rammebetingelser, ble det stilt krav og forventninger til kommunene.

- Prosjektdeltakelsen må være politisk behandlet og forankret i kommuneledelsen.
- Kommunen må lage en beskrivelse av viktige sider ved kommunen: historikk, demografi, fysisk struktur, organisasjon, kultur og tradisjoner for tverrfaglig og tverretattlig samarbeid, kompetanse- og kompetansebehov.
- Prosjektleder må utarbeide prosjektplan og gi årlige rapporter.
- Deltakende fagfolk må frigjøres til å delta på prosjektsamlinger, kurs og konferanser.
- Fagfolk må kunne bidra med sine erfaringer utenfor kommunen.
- Etablering av tverrfaglige team.
- Stille egnede lokaler til disposisjon.

- Legge til rette for at følgende tjenester skal delta i prosjektet: svangerskapsomsorg, helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsestasjon for ungdom, åpen barnehage (evt etablering av dette), PPT, forebyggende barnevern-og sosialtjeneste.
- Legge til rette for deltakelse fra/samarbeid med kulturetat, frivillige organisasjoner, politi, kirke, familievernkontor og andre som kan bidra i ulike gruppetiltak.
- Vilje til investering.

UiTøs bidrag til kommunene var tett oppfølging ved hjelp av informasjon, undervisning, veiledning og diskusjon underveis. Etter hvert ga også evalueringen skriftlige og muntlige tilbakemeldinger.

4.3 Kommunale mål for prosjektet

Målene er noe forskjellig utformet i de ulike kommunene, her presenteres en relativt vanlig oversikt over kommunale arbeidsmål for prosjektperioden:

Hovedmål:

Etablere et (eller flere) tverrfaglig og tverretatlig familiesenter som arbeider for å fremme foreldre og barns trivsel og helse i et geografisk avgrenset område av kommunen. Familiesenteret skal bidra til at foreldre opplever støtte og trygghet i forhold til egen vekst og utvikling som foreldre, samt være et lokalt sted der foreldre kan etablere sosialt fellesskap og nettverk.

Delmål:

- Være tilgjengelig som møteplass for foreldre og barn slik at det sosiale nettverket rundt barn og foreldre styrkes.
- Støtte og styrke foreldre i deres omsorgsoppgaver gjennom informasjon, råd og veiledning.
- Skape kommunikasjons- og arbeidsmåter der barn og foreldre blir delaktig (metodeutvikling).
- Tilby lett tilgjengelig støtte og tjenester.
- Tidlig oppdaging av risikofaktorer og tidlig hjelp med problemer.
- Være et kunnskaps- og informasjonssenter for folk i bomiljøet.

Arbeidsmål:

- Prøve ut en ny organisering av tjenester for barn og unge i nært samarbeid mellom jordmor, helsesøster og barneverntjenesten, barnehagekontoret og andre samarbeidspartnere.
- Bidra til å videreutvikle det tverrfaglige samarbeidet rundt foreldre og barn, både i bydelen og hele kommunen.
- Utvikle fagkompetanse på områdene foreldreveiledning og tverrfaglig samarbeid.
- Øke fagkompetansen på området spebarnsutvikling og tidlig intervensjon gjennom å delta i forskningssprosjektet "Tidlig kartlegging av barns utvikling i forbindelse med konsultasjon på helsestasjonen" ved UiTø.
- Utvikle familiesenteret i samarbeid med brukerne.
- Styrke tilbudet om foreldrestøttende arbeid i forhold til ungdom.

4.4 Foreldrestøttende arbeid – større barn og ungdom

Helsedepartementet foreslo i statsbudsjettet for 2003 å utvide familiesenterforsøket til også å gjelde ungdom i risiko. Forsøkskommunene hadde på dette tidspunktet nok arbeid med de planene som allerede var lagt, slik at ungdomssatsningen ble redefinert til å styrke og supplere det arbeidet som allerede var i gang i kommunene. Noen brukte pengene på at helsestasjonen for ungdom ble tverrfaglig, dvs utvidet med fagfolk med kompetanse på psykososialt arbeid. Andre brukte penger på å skaffe PMTO³⁹ - kompetanse til veiledning av foreldre til større barn med atferdsvansker samt andre programmer rettet mot ungdom. Andre tiltak var tilbud om foreldre- og lærerveiledning i ungdomsskolen, etter-skoletid-tiltak i familiesenteret for innvandreringdom med språkproblemer (lek og lekser), rusforebygging gjennom oppsøkende arbeid og oppfølging av enkeltungdommer osv.

4.5 Nasjonalt nettverk av familiesenterkommuner

Allerede i 2002 ble arbeidet med å bistå nye kommuner med å startet opp familiesenter. Shdir bevilget kr 300 000 og Kemplerinstituttet i Norge ved Bjørn O. Larsen ble engasjert, pga særskilt kompetanse på dette området, men også fordi nasjonal prosjektleder hadde nok med oppfølging av de seks forsøkskommunene. I økende grad har også forsøkskommunene bidratt i nettverksarbeidet.

Følgende område-nettverk ble etablert:

Sørlandet

Telemark/Vestfold/Buskerud

Østfold/Akershus/Østfold

Sør-Vestlandet

Rogaland ble eget nettverksområde i 2005

Oslo/Hedmark/Oppland (Oslo blir skilt ut som eget nettverk)

Midt-Norge

Nord-Norge (som kanskje må deles i to)

Målsettingen med nettverksarbeidet er å støtte kommunene gjennom erfaringsutveksling og kompetanseheving. Kommunene har vanskelig for å drive dette arbeidet selv, hovedsakelig fordi tverrfaglig og tverretatlig utvikling krever både visjoner, oversikt, kompetanse og ressurser til administrativt arbeid som å lage kurs og konferanser. De nye kommunene trenger faglig input på de samme områdene som forsøkskommunene har gjort i prosjektperioden: folkehelse med fokus på psykisk helse, ny tenkning og metodikk i relasjon til anerkjennelse/brukermedvirkning/empowerment, tverrfaglig arbeid i team, relasjonskompetanse i møte med barna og deres familier osv.

For øvrig vises til den nasjonale og de kommunale prosjektlederrapportene.

³⁹ Parent Management Training Oregon

5 Evaluering av forsøk med familiesenter

Forsøk med familiesenter er vurdert av flere aktører med ulikt fokus. Arbeidet i de kommunale prosjektene (2002 – 2004) er hver for seg oppsummert av prosjektledere og evaluert med fokus på egne mål i samarbeid med tilhørende prosjektstyrings- og referansegrupper. Rapporter fra kommunene forelå på nyåret 2005.

Også nasjonal prosjektledelse har vurdert måloppnåelsen i de seks familiesenterkommunene med henblikk på nasjonale føringer og bruk av prosjektmidler. Rapport forelå i juli 2005.

Et annet fokus har vært å vurdere om familiesentermodellen forsterker den endringsprosessen Opptappingsplanen legger føringer for når det gjelder forståelse av tilgjengelighet, brukervedvirkning og tverrfaglig samarbeid/profesjonell fleksibilitet i tjenestesystemet som helhet. Familiesenteret er et tiltak i seg selv, men det er også en tverretattlig samarbeidsarena som er avhengig av at Opptappingsplanens ideologi eies av aktører med ansvar for psykososialt arbeid i det øvrige hjelpesystemet. Samtidig er reformarbeidet i det tradisjonelle hjelpesystemet avhengig av at det skapes ny praksis som framstår som hensiktsmessig for tjenestesystemet som helhet.

I den nasjonale studien har det vært naturlig å sammenlikne endringene i familiesenter-kommunene med annen forskning på effekter av "Opptappingsplanen for psykisk helse" i kommunene. Sintef Helse i Trondheim og Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) i Oslo hadde flere prosjekter knyttet til Opptappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. Sintef Helse har fokus på faglig samarbeid mellom helsesøstertjenesten og PPT mens NIBR har fokus på samarbeidet mellom barnevern og BUP.

For å etablere et slikt samarbeid tok prosjektansvarlig, professor John Rønning kontakt med Sintef Helse ved Trond Hatling og Helle Wessel Andersson samt NIBR ved Lars B. Kristofersen. Det ble etablert en samarbeidsgruppe som senere ble supplert med forsker Randi Haugland, RBUP Nord og forsker Kjerstina Röhme, Sintef. Også prosjektleder Kirsti Lenschow har deltatt på noen av møtene. Det sentrale i dette samarbeidet om profesjons- og tjenesteforskning var å sammenlikne utviklingsarbeidet i familiesenterkommunene med tilsvarende utviklingsarbeid i kommuner uten forsøk med familiesenter. En annen gevinst var nettverksbygging i seg selv. Gruppen har møttes jevnlig siden våren 2001 for å lage (og senere justere) intervjuguiden, samt utveksle funn og erfaringer med intervjuene. En tversgående analyse av datamaterialet fra alle tolv kommuner har også vært drøftet, men dette har hittil ikke vært mulig å effektivere. For å måle effekt i betydningen virksom forebygging med reduksjon av behandlingsbehov, plasseringer av barn utenfor hjemmet, etc, må endringsprosessen vurderes over lengre tid enn forsøksperioden.

5.1 Evalueringsmetode

Samarbeidet med Sintef Helse og NIBR har satt familiesenterevalueringen inn en større sammenheng, og derfor gitt noen begrensninger for hva og hvem som kan studeres. Det ble nødvendig å "løfte blikket" fra familiesenterets indre liv og tilbud til effekt av Opptappingsplanen for psykisk helse i kommunens tjenestesystem som helhet. Evalueringen kan derfor gi kunnskap om hvordan kommuneorganisasjon og praksisfelt adopterer nasjonale helsepolitiske verdier og mål i en reformperiode gjennom etablering av familiesenter.

For å studere endringsprosessen har en valgt et kvalitativt forskningsdesign med repeterte intervju. Helsesøster-, barnevern-, PP-tjenesten og BUP, som alle er sentrale aktører i familiesenteretableringen, er intervjuet tre ganger i prosjektperioden. For å supplere de profesjonelle informantenes bilde av situasjonen i kommunene, har en også et utvalg brukere blitt intervjuet omtrent midtveis i prosjektperioden.

5.1.1 Problemstillinger

Et kvalitativt forskningsdesign kjennetegnes bl.a. av runddansen mellom forforståelse, teoristudier, problemstillinger, undersøkelse og stadig nye spørsmål, mens man analyserer og reflekterer underveis. Man har sjeldent ferdig formulerte teser som skal testes ut som sant/ikke sant, men er opptatt av kompleksiteten, av å forstå hva som foregår. I denne studien har en tatt for gitt at etablering av familiesenter bidrar til forandringer i kommunenes tjenestesystem. Følgende hovedproblemstilling har vært styrende for evalueringen:

Hvordan bidrar familiesentermodellen til utvikling av et tilgjengelig og profesjonelt fleksibelt tjenestesystem for barn, unge og deres familier?

Denne har igjen bidratt til en rekke spørsmål som gjenspeiles i intervjuguiden:

- * Hvordan bidrar familiesentermodellen til endringer mht kommunenes
 - organisering av tjenestesystemet
 - fordeling av kommunale oppgaver i arbeidet med psykisk helseproblematikk og tilgrensende fagfelt
 - samordning og samarbeid? (med hvem, på hvilket nivå og hvordan)
 - innhold og tilbud (kvalitet, kvantitet)
- * Hvordan bidrar familiesentermodellen til endringer mht til tjenestenes kompetanse og kunnskapssyn? (profesjons- og brukerforståelse, skapes det merviten gjennom tverrfaglig samarbeid?)
- * Hvordan bidrar familiesentermodellen til større anerkjennelse av brukerne og til medvirkning og innflytelser fra brukerne når det gjelder
 - administrative beslutninger
 - tverrfaglig samarbeid/team-arbeid (informert samtykke og deltakelse),
 - planarbeid knyttet til målrettet hjelpearbeid (tiltaksplaner, individuelle planer)
 - evaluering av hjelpetiltak, samordnet innsats etc
- * Hva slags politiske, økonomiske og administrative faktorer påvirker basistjenestenes innsats/delaktighet i familiesenteret?
- * Hva slags utfordringer møter ”endringsaktører” i et forsøksprosjekt som utfordrer det tradisjonelle tjenestesystemet?
- * Makter en integrert tjeneste som familiesenteret å hevde seg i ”konkurransen” om oppgaver og ressurser? (Jfr pukkeeffekt)

5.1.2 Utvalg

Endringsprosessen i tjenestesystemet skal beskrives fra sentrale aktørers ståsted. De viktigste aktørene for iverksetting av statlig politikk oppfattes i denne sammenhengen til å være virksomhetslederne innen basistjenestene med ansvar for psykisk helseproblematikk. Dette er som kjent den kommunale helsesøster-, PP-, og barneverntjenesten samt poliklinikken for barn og unges psykiske helse (BUP). For å få bredde i informasjonen om den faglige endringsprosessen ble også familiesenterets faste kontaktpersoner og samarbeidspartnere i basistjenestene oppfattet som viktig. For å nyansere bildet ytterligere har en i forsøkskommunene også valgt å supplere erfaringsmaterialet med kunnskap fra brukere.

Tjenesteintervjuene (felles for RBUP Nord, Sintef Helse og NIBR)

Invitasjon til deltakelse i evalueringen gikk til virksomhetslederne i de aktuelle basistjenestene. Lederne ble invitert til å ta med seg minst en kollega (gjern to) med interesse og ansvar for arbeidsoppgaver knyttet til psykisk og psykososial problematikk. I familiesenterkommunene ble de oppfordret til å delta med kontaktpersoner for eller deltakere i familiesenterprosjektet. Dette har ikke alltid blitt tatt til følge. Ved flere inter-

vju har virksomhetslederne møtt alene, vanligvis av ressurs hensyn, men også fordi tjenesten ikke har oppfattet seg som deltakere i familiesenterprosjektet.

Intervjuer har lagt opp til informasjon om og diskusjon mellom informantene om definisjoner og sentrale temaer for evalueringen. Intervjuene har derfor vært av både formativ og reaktiv karakter. Intervjuguiden inkluderte følgende tema:

- 1 *Informantene*: profesjon, posisjon, erfaring, formell og uformell kompetanse og holdninger til brukere, tjenestesystem og sentrale føringer
- 2 *Kommunene*: næring, befolkningsstruktur, politisk og administrativ organisering av tjenestetilbudet, hierarki, ledelse (fullmakter) og samarbeid (koordinering), sammenhengen mellom første og andrelinjetjenestene, særskilt problematikk som påvirker barn og unges psykososiale situasjon, planer for å møte disse, tverretatlige samarbeidsprosjekter (herunder familiesenteret), brukerundersøkelser
- 3 *Tjenestene*: Oppgaver (vekt på forebyggende), egevaluering av tjenestetilbudet, sterke og svake sider, hvilke brukergrupper får god/dårlig hjelp, kompetansebehov innen egen og samarbeidende organisasjoner
- 4 *Profesjonene/fagfolkene*: holdninger til:
 - a. egen og andres kompetanse
 - b. aktør og brukerperspektiv (brukermedvirkning)

Hvordan vet dere at tjenesten fungerer?

Intervjuet var beregnet til å ta bortimot 3 timer, avhengig av antall informanter. Da dette viste seg å være for tidkrevende, ble guiden for tredje intervjurunde begrenset. Hovedvekten ble nå lagt på punktene 3 og 4, men i større grad knyttet til hovedbegrepene tilgjengelighet, tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning.

Brukerintervjuene

Hensikten med denne delen av undersøkelsen var å få utdypet kunnskapen om hva som skjer i familiesenteret og i familiesenterkommunene, sett fra "down under". For å få kunnskap om sentrets ulike etasjer, besto brukerundersøkelsen av to deler. Den ene var rettet mot brukerne av familiesenterets generelle tilbud, i dette tilfelle åpen barnehage. Den andre mot brukere av selektive tiltak som tverrfaglig team, selvhjelpsgrupper ol. Dette var brukere med barn og andre familiemedlemmer med sammensatt problematikk og dermed behov for (samtidig) faglig bistand og oppfølging fra flere profesjoner eller tjenester.

Utvalget for den første undersøkelsen var brukere av åpen barnehage. Evaluator kom i kontakt med "tilfeldige" brukere av åpen barnehage ved å være til stede i barnehagen på en annonsert dag (ca to timer). Samtalen med brukerne var forberedt av ansatt i åpen barnehage, familiekonsulent eller prosjektleder. Det ble brukt både gruppesamtale (fokusgruppe) ved felleslunsjen i åpen barnehage og samtaler med 2 – 3 foreldre i smågrupper. Sistnevnte fungerte klart best, flere foreldre opplevde evaluators spørsmål i spisesituasjonen som forstyrrende. Informantene, som var nesten bare mødre, ble spurt om positive og negative sider ved familiesentret/åpen barnehage, om hva fagfolkene der kan brukes til og om hva slags alternativer de hadde dersom familiesentret/åpen barnehage ikke fantes. Utvalget besto av til sammen ca 60 personer, gjennomsnittlig ti foreldre på hvert familiesenter.

Utvalget for den andre undersøkelsen var brukere av tverrfaglig team, evt brukere med sammensatt problematikk som hadde kontakt med/mottok hjelp fra flere tjenester eller flere fagpersoner innen samme tjeneste (der tverrfaglig team ennå ikke var operativt). Det ble anmodet om intervju/samtale med minst to

foreldreinformanter fra hver kommune, og "saken" eller hjelpen måtte ikke nødvendigvis anses som spesielt vellykket. Utvalget besto av 14 personer, en far og resten mødre, som ble rekruttert av foreldreveileder, prosjektleder eller helsesøster i forsøkskommunene. Sett fra et vitenskapelig perspektiv er denne rekrutteringsmetoden noe betenkelig. Utvalget var verken så stort eller så tilfeldig at det ga særlig variasjon i brukernes synspunkter. Men informantene ga likevel nyttig informasjon om familiesenterets tverrfaglige tilnærming. Informantene ble spurt om hvilke identifiserte problem som det ble arbeidet med av hjelperne, hvem hjelperne var, om og hvordan de evt. samarbeidet med hverandre og med informanten (brukermedvirkning). I tillegg snakket mange informanter uoppfordret om sitt og familiens forhold til familiesentret og sammenliknet tiden før og etter.

5.1.3 Kvalitetssikring

For å kvalitetssikre datainnsamlingen ble det plukket ut en pilotkommune (Fauske) der faglig ansvarlig deltok sammen med evaluator i alle de fire intervjuene. Erfaringene fra piloten ga grunnlag for veiledning og arbeidsledelse av det resterende arbeidet. Kvalitetssikring av analyse og rapportering har skjedd ved gjennomgang av datamateriale og diskusjoner i forskergruppa, men også i samarbeidsgruppa der forskerne fra Sintef Helse og NIBR deltok.

5.2 Tidsplan

Følgende plan ble laget for samarbeidet med Sintef og NIBR, og for det arbeidet som RBUP Nord utførte alene.

2002/2003: Tjenesteintervjuer i 12 kommuner (6 fam.senter + 6 andre). Felles for RBUP Nord, Sintef Helse og NIBR.

Kommentar: Med evaluator i 50% stilling de første månedene varte første runde med intervju i familiesenterkommunene fra oktober 2002 til mars 2003. På intervjutidspunktet var en kommune ennå i forprosjektfasen, mens de andre var på ulike stadier i sin etableringsfase.

Det ble gitt muntlig tilbakemelding til forsøkskommunene på prosjektsamling i Fauske i juni, på prosjektledermøte i Nordreisa i september og prosjektsamling i Oslo i november 2003. Skriftlig underveisrapport ble sendt prosjektkommunene og oppdragsgiver i oktober 2003. Underveisrapporter er også levert fra Sintef Helse i februar 2003 og fra NIBR i juni 2004.

2003/2004: Tjeneste- og brukerintervjuer i 6 familiesenter-kommuner. Kun RBUP Nord

Kommentar: Evaluatorstillingen ble økt til 100%. I tillegg til de fire tjenesteintervjuene i hver kommune ble det foretatt intervju med brukere av åpen barnehage og brukere av familiesenterets tverrfaglige team eller annet tverrfaglig/flerfaglig tilbud. Vel halvparten av informantene ble intervjuet senhøsten 2003, resten på våren/forsommeren 2004 (skyldtes sykdom).

Tendenser fra materialet ble sendt prosjektkommunene og lagt fram på RBUP Nord's regionkonferanse i oktober 2004. Denne presentasjonen ble gjort sammen med Sintef og NIBR.

2004: Tjenesteintervjuer i 12 kommuner (6 fam.senter + 6 andre). Felles for RBUP Nord, Sintef Helse og NIBR.

Kommentar: Siste intervjurunde ble gjennomført med revidert intervjuguide i perioden november 2004 – februar 2005. På intervjutidspunktet var alle i prosjektets avslutningsfase og i overgangen til en videre utvikling av familiesenterarbeidet i kommunen. Alle kommunene hadde bestemt seg for å fortsette med familiesenter, men for flere informanter var det på intervjutidspunktet ennå uklart på hvilken måte arbeidet skulle fortsette. Noen kommuner så fortsettelsen av familiesenterarbeidet i sammenheng med

omorganiseringer i tjenestesystemet.

NIBR og Sintef søker om forskningsmidler til en etterundersøkelse i sine kommuner i 2006. Det fins ingen planer om en etterundersøkelse av familiesenterkommunene.

5.3 Analyse

Den viktigste delen av datagrunnlaget er utdrag fra intervjuene. Men også statistisk materiale, kommunale og statlige vedtak og planer for arbeid med psykisk helse, samt virksomhetsplaner og -rapporter er lagt til grunn for å forstå endringsprosessen. I tillegg er prosjektbeskrivelser og prosjektrapporter fra sentral og lokale prosjektledere, materiale fra egne brukerintervju og familiesenterkommunenes brukerundersøkelser av betydning.

Tjenesteundersøkelsen

Her brukes tekstanalyse av utdrag fra intervjuene. Informantenes utsagn tolkes og vurderes opp mot hovedproblemstilling og sentrale spørsmål. Analyseprogrammet NUDIST⁴⁰ er også brukt ved at utdrag fra informantenes utsagn er kategorisert i henhold til temaene: tilgjengelighet, brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid/profesjonell fleksibilitet. Svakheter ved dataprogrammet har medført at det meste av utskriftene også er gjennomgått manuelt.

Brukerundersøkelsen

Til analysen av brukerintervjuene i åpen barnehage brukes vanlig tekstanalyse. For å gjøre informasjonen fra brukerne lett tilgjengelig og samtidig sette fokus på en del problemstillinger knyttet til brukermedvirkning er narrativer (historier) brukt som analyse av materialet fra de individuelle intervjuene. Hver person (Eva, Gro og Ali) er konstruert med bakgrunn i datamateriale fra 2 – 4 intervjuer. Hensikten med oppdelingen er gjort av pedagogiske årsaker. Hver "person" representerer brukertyper, eller brukerkategorier der utvalgte problemstillinger synliggjøres. NB! "Persongalleriet" er på langt nær uttømmende når det gjelder å vise fram prototyper eller brukerkategorier for familiesenterets tverrfaglige arbeid.

5.4 Tilbakemelding og rapportering

RBUP Nord har rapportert både muntlig og skriftlig til den sentrale prosjektstyringsgruppa og oppdragsgiver. Da evalueringen er en del av selve familiesenterprosjektet er det også gitt tilbakemeldinger underveis til forsøkskommunene. Dette har vært i form av to skriftlige underveisrapporter samt muntlige innlegg på konferanser. I tillegg til egen evaluering kan kommunene, prosesslederne og andre aktører dra nytte av et "utenfraperspektiv", basert på anonymisert datainnsamling. "Helikopterblikk" og distansert forståelse kan peke på sider ved utviklingsprosessen, som det kan være vanskelig å få øye på når man er en del av selve prosessen. Faglig ansvarlig og nasjonal prosjektleder har i tillegg blitt orientert om sentrale funn underveis, slik at viktige problemstillinger knyttet til endringsprosessen kunne tas opp med prosjektlederne og andre lokale aktører. Disse er diskutert i prosjektledermøter og i direkte kontakt med forsøkskommunenes ledelse og prosjektstyringsgruppe. Tilbakemeldinger underveis har bidratt til at evalueringen har vært formativ, dvs at den bidrar i den endringsprosessen som studeres. Prosjektet har av den grunn elementer fra både følgeforskning og aksjonsforskning.

Enkelte kommunale prosjektledere ba tidlig om kommunevise evalueringsrapporter fra RBUP Nord, der den kommunale utviklingsprosessen synliggjøres med utgangspunkt i en "base-line-beskrivelse" (T1) av tilstanden ved første undersøkelsestidspunkt. Det ble tidlig gitt melding om at dette sannsynligvis kunne

⁴⁰ NUD står for nonnumeral data, I for indexing (koding), S for searching og T for theorizing.

RBUP, SINTEF og NIBR kjøpte programmet samtidig og har i 2004 foretatt en felles opplæring i bruk av dette.

imøtekommes, men dette ble senere revurdert av to grunner, en prinsipiell og en praktisk. Den prinsipielle var at kommunevise rapporter vanskelig kunne forenes med at informantene ble lovet anonymitet, noe som er en selvfølgelighet i all forskning. Kommunevise rapporter ville dessuten likne for mye på informasjon fra Case-studier, som er svært vanskelig å generalisere. Intervjumaterialet i denne studien inneholder dessuten sensitive opplysninger knyttet til samarbeidsproblematikk, som måtte gis intern behandling. Den praktiske årsaken var ganske enkelt at sju rapporter etter hver intervjurunde krevde en betydelig større kapasitet enn den budsjetterte. Fokus for RBUPs analyse og rapportering var derfor "nasjonalt" orientert og begrenset til sammenliknbare data, dvs "fellesnevnerne", for de seks forsøkskommunene. En viss nytteverdi av generaliserte tilbakemeldinger kan knyttes til at det i selve etableringsprosessen kan være lettere å ta inn over seg og reflektere over tendenser fra hele familiesenterprosjektet enn spesifikke påstander om problematiske forhold i egen kommune.

6 De profesjonelle

Tjenesteintervjuene med virksomhetsledere og andre ansatte i helsesøster-, barnevern-, PP-tjenesten og BUP ble foretatt tre ganger med omtrent ett års mellomrom. Tema var de samme fra år til år, selv om intervjuguiden var noe forskjellig fra 2. til 3. intervju. I siste runde var den ennå sterkere knyttet til forståelsen av nøkkelbegrepene i Opptrappingsplanen og forsøket med familiesenter: tilgjengelighet, brukermidvirkning og tverrfaglig samarbeid/profesjonell fleksibilitet⁴¹.

De fleste informantene var de samme fra år til år. Alle viste et større engasjement og hadde mer å fortelle i andre og tredje intervju, særlig de informantene som engasjerte seg i utviklingen av familiesenteret. Inspirasjon fra kurs og konferanser, samt nye positive erfaringer bidro etter hvert til større åpenhet, også på interne forhold i kommunen eller tjenesten. Åpenheten i intervjusituasjonen kunne også ha en sammenheng med økende trygghet på evalueringens mål og innhold gjennom tilbakemeldinger underveis. Noen tjenester hadde skiftet ut både ledere og nøkkelpersoner i familiesenterarbeidet. For disse var det vanskelig å få tak i om de hadde endret forståelse av reformen og familiesenterprosjektet, eller om deres forståelse kunne være en viktig årsak til at de hadde fått nye roller.

6.1 Første intervjurunde oktober 2002 - mars 2003

Situasjonen i de seks familiesenterkommunene var svært ulik på første intervjutidspunkt. En av de seks kommunene var ennå i forprosjektfasen, dvs uten prosjektleder og politiske vedtak. De andre fem hadde fått lokal prosjektledelse og var på ulike stadier i gang med etablering og drift av familiesenter. Av disse hadde de færreste (kun Furuset bydel i Oslo) fått etablert et "enestående" fysisk familiesenter. Ingen kommuner hadde på dette tidspunktet deltakelse fra alle de fire tjenestene med ansvar for arbeid med psykisk og psykososial problematikk. Likevel kunne man se at "første etasje" i familiehuset begynte å ta form – dvs de generelle helsefremmende tiltakene som svangerskapsomsorg, helsestasjon og åpen barnehage, var begynt å komme på plass.

6.1.1 Organisering og forankring i tjenestesystemet

Utsagn:

"Vi leser ikke sentrale føringer."

"Vi samarbeider når det er nødvendig."

Det første utsagnet var representativt for første intervjurunde, særlig blant informanter utenfor helsetjenestene. Disse var mer opptatt av føringer fra sine egne fagdepartementer og utvikling av egne fag, som på dette tidspunktet i liten grad ble satt i sammenheng med psykisk helse. Også informanter uten lederansvar innen helsetjenesten kunne gi uttrykk for at de ikke hadde tid til å sette seg inn i reformer og andre sentrale føringer, dette ble primært oppfattet som et lederansvar. Det andre utsagnet viser til at mange informanter oppfattet at de hadde etablert gode strukturer for tverrfaglig samarbeid i sin kommune før familiesenteret ble etablert, og at den nye modellen forstyrret den gamle strukturen. I flere kommuner med samarbeidsteam for hver enkelt skole, måtte antall team reduseres etter at familiesenteret ble etablert med krav om tverrfaglig team.

Alle forsøkskommunene hadde på intervjutidspunktet en "tradisjonell" oppsplittet/flerfaglig⁴² tjenesteorganisering i kommunene (bydel) med helsesøster, barnevern og PP-tjeneste organisert i ulike enheter/virksomheter. Flere hadde opprettet oppvekstetater, men disse fungerte hovedsakelig som "papirorganisasjoner" uten reell samordning av tjenestene.

⁴¹ Profesjonell fleksibilitet og tverrfaglig samarbeid er begreper som i intervjusituasjonen er brukt om hverandre. De er ikke synonyme, men utfyller hverandre og skaper til sammen en større bredde enn hvert begrep gjør hver for seg.

⁴² Flerfaglig innebærer at tjenestene fungerer ved siden av hverandre og krever henvisning, evt melding. Brukere av flere tjenester er ansvarlig for å koordinere.

Barneverntjenesten i de minste kommunene tilhørte samme organisasjon som sosialtjenesten. PP-tjenesten i de nordlige kommunene var interkommunale. I tillegg var halvparten av prosjektkommunene under omorganisering. Denne handlet i liten grad om sammenslåing eller faglig koordinering av tjenester, men om å redusere antall administrative nivå fra tre til to. Utviklingen bekymret fagledere/virksomhetsledere som var opptatt av at kommunens arbeid med å koordinere sine tjenester ikke måtte vanskeliggjøres av det nye administrative systemet. Ingen annen form for omorganisering med betydning for tverrfaglig samarbeid var planlagt på dette tidspunktet.

Utdrag fra intervjuene viste en klar tendens til at:

- Psykisk og psykososialt arbeid med barn, unge og deres familier ikke ble opplevd som et felles ansvars- og innsatsområde for kommuneledelse og et samlet tjenestesystem. Flere virksomhetsledere fortalte at de ikke var med i det kommunale planarbeidet for arbeidet med barn og unges psykiske helse, de var kun høringsinstans.
- Tjenestene hadde svært begrensede ressurser og fullmakter til å inngå tverretattlig samarbeid om fellesprosjekter på barn og unges arenaer. Mange ledere var opptatt av at de i tider med ressursknapphet og nedskjæringer ble mer opptatt av egne kjerneoppgaver, enn av samarbeid med andre tjenester med tilgrensende eller overlappende oppgaver.
- Egenforståelsen av lederrollen (fagleder) var gjennomgående knyttet til intern arbeidsledelse og faglig-administrativ tilrettelegging av egen virksomhet. Rolleforståelsen inkluderte ikke et koordineringsansvar opp mot parallelle/tilgrensende tjenester, heller ikke alltid rollen som iverksetter av statlig fagpolitikk.
- Informantenes kunnskap om de andre tjenestenes oppgaver (rolle), kompetanse og tilbud var ufullstendig.

Både Opptappingsplanen og Forsøk med familiesenter har et sterkt helsefokus, bl.a. fordi helsestasjonen var et obligatorisk tiltak i familiesenteret. I noen kommuner ble det derfor naturlig å gi helsesøstertjenesten en "ledende" rolle i forsøksprosjektet fra starten av. Da flere prosjektledere også ble rekruttert fra helsesøstertjenesten, opprettholdt denne tjenesten en ledende rolle i de samme kommunene. Informanter utenfor helsetjenesten, dvs barnevern og PP-tjeneste ga til dels uttrykk for at den sterke helsedominansen bidro til å svekke deres forståelse av eget ansvar og engasjement i fagfeltet psykisk helse. På første intervju-tidspunkt liknet flere familiesenter mer på en utvidet helsestasjon enn på et tverrfaglig familiesenter. Dette kunne føre til en viss ubalanse i det tverrfaglige samarbeidet.

En forutsetning for statlig støtte til etablering av familiesenter var at forsøksprosjektet var forankret på høyeste nivå i kommunens ledelse og politiske beslutningsorganer, dvs hos rådmannen og kommune-(by-styre) evt bydelsutvalg. Dette ble gjennomført i alle forsøkskommunene og var kjent blant virksomhetslederne i de kommunale tjenestene. Likevel

var flere barnevern- og enda flere PP-tjenester forbausende lite deltakende på første intervju-tidspunkt. Enkelte informanter oppfattet familiesenteret som en ny kommunal tjeneste, nærmest uten sammenheng med kjerneoppgavene i barnevern – og PP-tjenesten. Senteret ble ikke sett på som en samarbeidsarena for alle kommunale aktører med ansvar for barn og unges psykiske helse. Skeptikerne så gjerne på en eventuell deltakelse i familiesenteret som ressurskrevende, men de hadde få tanker om hvordan et lavterskeltilbudet kunne avlaste den tradisjonelle hjelpetjenestens ansvar for forebyggende og tiltaksrettet arbeid.

Mangel på tydelige forventninger til, (evt beordring av) PP- og barneverntjeneste kan sees i sammenheng med at prosjektet tross politiske vedtak så ut til å være dårlig forankret i kommunens lederstruktur, dvs hos mellomledere med koordineringsansvar. Det kan også tenkes at virksomhetsledere utenfor helsetjenesten

var dårligere informert om det ideologiske grunnlaget for prosjektet (sentrale føringer) og om prosjektet som forpliktende tverrfaglig tiltak. Flere ga uttrykk for at de i en travel hverdag ikke har tid til å sette seg inn i offentlige dokumenter: "Vi leser jo ikke de sentrale føringene, noen må fortelle oss det og hjelpe til med prioriteringer". Det samme gjaldt til dels for kunnskap om lokale føringer fra planen for kommunalt psykisk helsearbeid for barn og unge.

6.1.2 Tilgjengelighet

Utsagn:

"Tilgjengelighet handler om informasjon, en god akuttjeneste og kort ventetid på behandling."

"Økende arbeidsmengde gjør at vi blir mindre og mindre tilgjengelig."

Informantene ble bedt om å diskutere tjenestesystemets tilgjengelighet overfor brukere og samarbeidspartnere. Noen av tjenestene var mest opptatt av fysiske forhold, mens andre var opptatt av akutt hjelp/ventelister og av holdninger overfor brukerne. Hver informant nevnte 2 – 3 forhold, her følger en oppsummering av informantenes forståelse av tilgjengelighet:

- God informasjon utad, til både barn og voksne. Brosjyrer, skilting av lokaler, synlighet på barnas arenaer.
- Tilstedeværelse på barn og unges egne arenaer: skoler, barnehager, fritidsklubber
- Beliggenhet der folk bor, lett å komme til.
- Innbydende og ikke-stigmatiserende lokaler. Et sted det er ok å komme og der alle kan komme uten å skamme seg.
- Det må være mulig å treffe et menneske som raskt kan gi en oversikt over hva slags hjelp man kan få og fortelle når hjelpen kan gis (en god kontordame), men også kunne gi "sorteringshjelp" og skape forutsigbarhet for folk i krise (dagvaktssystem).
- Hjelpøkende må bli tatt på alvor selv om det først presenterte problemet kan synes lite (ikke bagatellisering).
- God akutt-tjeneste, hjelp samme dag eller dagen etter (viktig for å forebygge langvarige krisetilstander).
- Kort ventetid på utredning, tiltak og langsiktige hjelpetilbud, også midlertidige tiltak.
- Kort vei til andrelinjetjenestens kompetanse (støttefunksjon) er viktig for å sortere hva som bør henvises og hva førstelinjen selv kan takle med noe veiledning. Mange har behov for å få bekreftet egne vurderinger.
- Profesjonell fleksibilitet mellom tjenestene slik at de kan "fylle inn for hverandre" ved vakanser på sentrale kompetanseområder. F. eks i enkeltfunksjoner når en instans har vakanser, sykemeldinger og lignende.
- Ha fellesmøter med familier som flere instanser arbeider med (i hvert fall av og til). F. eks. danne "arbeidslag" sammen med familien, der brukermedvirkning er reell. Et arbeidslag kan være en arbeidsgruppe som tilstreber felles definisjon av problem og ressurser, felles målsetning for arbeidet, enighet om arbeidsfordelingen og evaluering av arbeidet. Tradisjonelle ansvarsgrupper vil ofte mangle noen av elementene og den interaksjonistiske tilnærmingen.

En utvidet tilgjengelighetsforståelse inkluderte særskilte tiltak for å nå de brukerne som er mest engstelig for hjelpeapparatet. Informantene var opptatt av faktorer som å:

- Forebygge uforutsigbarhet og utrygghet gjennom åpenhet og medvirkning.
- Bruke god tid på å oppnå tillit (forarbeid) samt selve saksgangen/behandlingen.
- Oppsøkende virksomhet, tilby hjelp på de arenaene barn, unge og foreldre befinner seg.

- Gjøre trygg på gode intensjoner med hjelpen, bry seg om familien og enkeltpersoner i den, vise omsorg og forståelse for hjelpsøkers opplevelse.
- Skape forutsigbarhet gjennom god og ofte informasjon. Unngå skjulte agendaer der f. eks familien er under observasjon uten å vite om det, eller man vurderer omsorgsovertakelse uten å informere om det.
- Ekstra god tilgjengelighet (arbeidstid og -sted som passer familien best).
- Alltid holde det man lover.
- Alltid ringe tilbake når de prøver å få tak i sin terapeut eller kontaktperson.

Informantene ga i svært varierende grad uttrykk for at de selv representerte en tilgjengelig tjeneste. Flere nevnte at de var glad for å ha en god kontordame som var flink til å møte brukerne både på telefon og i skranken. Alle informantene ga uttrykk for at arbeidsmengden hadde økt de siste årene, og at dette var et tilgjengelighetsproblem. Flere informanter mente samtidig at de i økende grad var opptatt av sakenes kompleksitet, at brukerne måtte få helhetlig hjelp, og at de derfor ble henvist til tilgrensende tjenester. Henvisningssystemet ble oppfattet som et problem. Man kan også stille spørsmål ved om den økende arbeidsmengden bl.a. skyldes økende henvisning, ikke bare økning av problemomfang i befolkningen, slik det ofte hevdes fra faglig hold.

6.1.3 Tverrfaglig samarbeid/profesjonell fleksibilitet

Utsagn:

"Forebygging og samarbeid krever økte ressurser. Presset er så stort at vi må prioritere kjerneoppgavene for tjenesten."

"Alle må være med fra starten, ellers blir nye samarbeidspartnere gjester i familiesenteret."

Alle tjenestene hadde erfaring fra tverrfaglige samarbeidsprosjekter, hvorav noen var forløpere til familiesenterforsøket. Informantene var derfor vant til å reflektere over dette temaet, men ikke alle hadde en god oversikt over historien og de pågående prosjektene ved siden av familiesenterprosjektet. Likevel var det en tendens til at informantene oppfattet tverretatlig og tverrfaglig samarbeid som et "overskudds-fenomen", noe man gjør fordi det er faglig spennende, når man har tid og krefter, eller er pålagt det av overordnede. Det var vanskelig å finne uttalelser som tydet på at dette er en selvfølge på grunn av brukernes behov for (krav til) et samlet tjenestetilbud. Samarbeid opplevdes heller ikke som nødvendig på grunn av knapphet på offentlige ressurser (spleiselag), heller tvert imot. Dette kan bety at informantene på første intervju-tidspunkt ikke hadde ressursmessige og faglige effekter av tverretatlig samarbeid i sikte. Sentrale føringers krav til tverrfaglig og tverretatlig samarbeid kan derfor ha gitt liten mening, både på ideologisk og praktisk nivå.

De ble bl.a. spurt om hva som fremmer og hva som hemmer tverrfaglig samarbeid?

Faktorer som fremmer:

- Faste møtepunkter.
- Struktur for og pålegg om samarbeid.
- Tid og tilgjengelighet for hverandre.
- Informasjon om og til hverandre.
- Tydelighet på roller/oppgaver/funksjoner og ønskelig kompetanse.
- Likeverdig deltakelse, at ikke noen er mer "gjester" enn andre (alle må med fra starten).

Faktorer som hemmer:

- For lite kunnskap om hverandre (myter og misforståelser kan skape motstand og uforstand).
- Ulikt og til dels motstridende lovverk skaper inntrykk av at oppgavene er mer forskjellig enn de faktisk er.
- Taushetsplikten oppfattes av mange informanter som en hemmende faktor. En tolkning kan være at brukermedvirkningsperspektivet og unntaksreglene ikke er tilstrekkelig innforstått.
- Ulikt og til dels motstridende menneskesyn/ideologi for virksomheten. Her nevnes motsetningen mellom ressurs- og problemorientering. For eksempel om foreldrene vurderes som en ressurs for barnas helse eller som et hinder. Barnevernets mistenksomhet mot og skyldiggjøring av foreldre nevnes eksplisitt når det gjelder sistnevnte.
- Ulike forklaringsmodeller på psykososial problematikk (biologisk, psykologisk, sosial) kan hemme samarbeid når man glemmer at psykososial problematikk ofte må vurderes ut fra flere perspektiv samtidig. Det kan også føre til konkurranse mellom instansene når det gjelder definisjon av problem og ressurser.
- Ulike holdninger til samarbeid som fenomen. Både profesjonelle og personlige holdninger nevnes. Mange trekker fram den personlige komponenten som viktig i et samarbeidsforhold.
- Gamle dårlige erfaringer sitter lenge i. De kan føre til motstand mot samarbeid både på generelt grunnlag og med enkeltpersoner.
- Når man ikke er med fra starten av et prosjekt kan det være vanskelig å skjønne om og hvorfor man er ønsket i fellesskapet.
- For lite tid og ressurser i en travel hverdag.

Informantene opplever at de samarbeider med parallelle tjenester, men at de ikke nødvendigvis arbeider sammen. De var opptatt av at knapphet på ressurser innskrenker virksomheten til kjerneoppgaver, til det de må og "egentlig" skal gjøre. Det var likevel vanskelig å finne eksempler på hvilke oppgaver de kunne løse eller målgrupper de kunne hjelpe alene, uten samarbeid med en eller flere av de andre profesjonene eller instansene. De ga også inntrykk av at fagutvikling og strukturelle endringer i retning økt tverretattlig og tverrfaglig samarbeid og fleksible tjenestetilbud skjer pga "samfunnsutviklinga" (inspirasjon, initiering eller pålegg utenfra) - ikke fordi tjenestene har spurt brukerne om hva slags tjenester som er hensiktsmessige for dem.

Grupper som får for dårlig hjelp:

- Barn av psykisk syke foreldre.
- Barn av rusmisbrukere.
- Svarte-Per-sakene, dvs barn med store og sammensatte vansker som man prøver å unndra seg ansvar for.
- Barn fra fattige familier (blir marginalisert og utsatt for stress).
- Barn i familier med store konflikter mellom foreldre (familievold og barnefordelingssaker med uenighet om samvær, daglig omsorg, osv).
- Barn av svært umodne foreldre, der barna blir boende for lenge hjemme.
- En del funksjonshemmede barn, særlig i overgangen mellom barnehage og skole.
- Barn av ensomme og isolerte foreldre.
- Slitne småbarnsforeldre med helseplager.

Systemproblematikk knyttet til dårlig samordning på flere tjenestenivå:

- Familier med omfattende og sammensatt problematikk må forholde seg til mange instanser – også i akutsituasjoner. Dette ble av mange oppfattet som at hjelpesystemet kan bidra til ytterligere traumatisering av hjelpetrengende.
- Krevende meldings- og henvisningsprosedyrer fører til byråkratisering og unødvendig bruk av tid og krefter (på å skrive gode søknader på riktig fagspråk).
- Mangel på økonomisk og faglig ”raushet” overfor de familiene som trenger mye hjelp. Mange familier med alvorlig sammensatt problematikk har et høyt stressnivå, ofte knyttet til inntektsforhold, bolig og nabolag.
- Manglende faglig troverdighet i samarbeidende (konkurrerende?) systemer. Flere opplever at de må bruke mye krefter på å sloss for og argumentere på vegne av trengende familier som søker ytelse og tjenester i forvaltningen.
- Ansvarsfraskrivelse i de aller vanskeligste sakene.
- Krevende overganger mellom behandling i spesialisthelsetjenesten og kommuneoppfølging, og mellom fra barnehage og skole.
- Behov for døgntjeneste med tilgjengelige miljøarbeidere.

6.1.4 Brukermedvirkning

Utsagn:

”Vi har ikke hatt brukerundersøkelser, men regner med at vi gjør en ok jobb ettersom folk ikke klager mer enn de gjør. En del misnøye må man regne med, særlig for barnevernet, som er et kontrollorgan.”

Informantenes utsagn viste at de hadde et gjennomgående passivt forhold til brukermedvirkning og brukerundersøkelser. Det var noe de fleste snakket om, men ikke utførte. Det var heller ikke mye nysgjerrighet og/eller entusiasme knyttet til brukerundersøkelser og evalueringer av tjenesten, dvs om brukerne kunne gi nyttige innspill og visjoner om en bedre tjeneste. To av instansene hadde gjennomført brukerundersøkelser tidligere, men det var vanskelig å få synspunkter på resultater fra brukernes evaluering; om endringsbehov og om tjenesten hadde foretatt endringer for å tilpasse seg brukernes behov etter disse undersøkelsene.

Også det mer generelle aktør- og brukerperspektivet var gjennomgående svakt ved første intervjuetidspunkt, dvs. at det i liten grad var gjennomført i praksis. Få informanter fortalte om gode rutiner og systemer for å sikre reell brukermedvirkning (innflytelse) på saksnivå, eksempelvis knyttet til individuelle planer for tiltak eller ved evaluering av igangsatte tiltak (hverdagsevaluering av hjelpeprosess, relasjoner og målsetninger). På dette området utmerket BUPene seg i positiv retning. Den generelle tendensen ovenfor står ikke i motsetning til at mange fagfolk opplevde at de var opptatt av hva som var bra for brukerne, og at de var rimelig god til å ta brukerne på alvor.

6.2 Andre intervjurunde, november 2003 - juni 2004

Utsagn:

”Vi tar sentrale føringer på alvor”

”Vi utvikler ny praksis”

”Vi vil ikke snu, vi ser det virker”

Disse utsagnene er fra prosjektlederne i de seks forsøkskommunene. De er ikke helt representative for de informantene som på dette tidspunktet fortsatt var skeptiske eller avventende til familiesentermodellen. De er sitert her fordi alle de aktive deltakerne i familiesenterprosjektet opplevde at de begynte å få til modellen omtrent halvveis i forsøket.

På andre intervju-tidspunkt var alle familiesenterkommunene i ferd med å bygge ”andre etasje” i familiesenteret, noen også deler av ”tredje etasje”. Alle unntatt en kommune hadde fått et eget ”familiens hus” med samlet svangerskapsomsorg, helsestasjon og åpen barnehage. Den kommunen som ikke hadde dette ennå, jobbet aktivt med saken, og var lovet en bygningsmessig løsning innen overskuelig framtid. For likevel å integrere tjenestene på nye måter, flyttet helsesøstrene i denne kommunen noen av sine gruppeaktiviteter til åpen barnehage. Foreldrestøttende gruppetilbud var etablert i variert grad. Eksempler på dette var pap-pagruppe på lørdager, samlivskurs for nybakte foreldre, foreldrekurs om barn med søvn- og adferdsvan-sker og lignende. Noen hadde grupper for ungdommer i risiko, som barn av psykisk syke foreldre, unge jenter på asylmottak, innvandrerbarn med behov for leksehjelp osv. De fleste familiesentrene hadde tilbud om systematisk foreldreveiledning i familien (Marte Meo), noen fikk etter hvert også tilbud om PMTO, og alle kommunene hadde på dette tidspunktet startet etablering av tverrfaglige team.

Profesjoner og kompetanseområder som er representert i familiesentrene er jordmor, helsesøster, fysioterapeut, psykiatrisk sykepleier, familieveileder, førskolelærer, nettverkskonsulent og psykolog. Leger er til stede som helsestasjonslege. Den tverrfaglige profilen var lettere å få øye på, men det var fortsatt slik at halvparten av sentrene liknet mer på en utvidet helsestasjon enn et reelt tverrfaglig familiesenter.

6.2.1 Organisering og forankring

Utsagn:

“Vi savner bedre koordinering fra staten og kommuneledelsen, slik at vi vet bedre hva vi skal gjøre alene og hva vi skal gjøre sammen med andre tjenester.”

Familiesenterprosjektet var på dette intervju-tidspunktet fortsatt godt forankret i helsesøstertjenesten, slik helsesøstertjenesten var forankret i familiesenteret. Men prosjektet var fortsatt noe svakere forankret i barneverntjenesten og enda svakere i PP-tjenesten, til tross for at førskolelæreren i den åpne barnehagen vanligvis er ansatt i skoleetaten eller PP-tjenesten. Det psykiske helsearbeidet for barn og unge i forsøkskommunene hadde derfor inntil videre samme type helse- og sosialfaglig profil som i andre norske kommuner⁴³.

Familiesenterforsøket hadde heller ikke ført til organisatoriske endringer eller planer om en større grad av formell samordning av tjenestene, noen kommuner snakket om det, men ville avvente ferdigstillelse av forsøket. I de kommunene som hadde gått over til en administrativ to-nivåmodell, var bekymringene nå avløst av en forsiktig optimisme. Virksomhetslederne hadde erfart at mellomlederne (det tidligere koordinerende leddet) ikke hadde vært så koordinerende som de hadde trodd, og at veien fram til rådmannen nå var blitt kortere. De opplevde større grad av innflytelse, men også at det nye systemet var svært krevende med hensyn til samordning av tjenestene. Bare en av de tre hadde pålegg om å danne samarbeidende nettverk i kommunen, men de kunne selv bestemme hvem de ville samarbeide med. De ga derfor uttrykk for usikkerhet med hensyn til hvordan alle virksomhetene skulle koordineres, om dette ville være deres ansvar.

⁴³ Jfr. NIBR-rapport 2004:12 fra et annet evalueringsprosjekt knyttet til Opptappingsplanen for psykisk helse, der integrering og koordinering av tjenestene er tema.

6.2.2 Tilgjengelighet

Utsagn:

”Vi kan ikke bli for tilgjengelig, da får vi enda mer å gjøre.”

”Vi vil ikke ha turnusordninger, men heller jobbe litt ekstra på kveldstid når det er nødvendig og hensiktsmessig.”

God tilgjengelighet er en del av grunntenkningen i familiesenteret. Ved andre intervju svarte informantene omtrent det samme som ved første intervju når det gjaldt kjennetegn på et tilgjengelig hjelpesystem. Forskjellen lå i refleksiviteten rundt begrepet tilgjengelighet, samt bevissthet på egen (manglende) praksis i tilknytning til dette. Det var nå en gjennomgående tendens til at informantene (unntatt helsesøstrene, som møter alle) erkjente at tjenestene ikke hadde vært tilstrekkelig tilgjengelig for brukere med psykisk eller psykososial problematikk – fordi terskelen for å få hjelp var for høy. Men informantene så ikke hvordan de selv kunne øke tilgjengeligheten overfor disse gruppene, heller ikke som deltaker i familiesenteret.

De aller fleste oppfattet nå familiesenteret som et tiltak som kunne skaffe risikofamilier bedre tilgjengelighet til fagfolk, men det ble hovedsakelig oppfattet som en tjeneste for nye brukere, som tidligere ikke hadde søkt om hjelp eller ikke hatt store nok behov til å få hjelp i de tradisjonelle tjenestene. Det var bevissthet om at risikofamilier nå lettere kunne ”fanges opp” og tilbys hjelp gjennom familiesenterets generelle tiltak som helsestasjon, åpen barnehage og ikke-stigmatiserende foreldregrupper (konsultasjoner) for alle. Blant nye brukere nevnes spesielt mødre med angst og depresjon. Dette bekreftes også av den ene brukerundersøkelsen (brukere av tverrfaglige tjenester), noe som i lys av Opptappingsplanen er svært positivt, da disse foreldrene er en viktig målgruppe for satsningen.

På dette intervjutidspunktet var imidlertid fokus på å skape bedre tilgjengelighet, komme tidligere inn, unngå kriser, osv. overfor tjenestenes tradisjonelle pasienter, klienter og deres pårørende relativt svakt. Ingen av barneverntjenestene hadde planer om å flytte noen av sine tradisjonelle forebyggende tiltak (avlastning, støttekontakt m.m.) til familiesenteret, for dermed å gjøre dem mer tilgjengelig for familier med slike behov. Tvert i mot mente flere av barneverntjenestens informanter, også denne gangen, at de ved økt press på tjenesten måtte prioritere de brukerne som trengte dem mest, dvs alvorlig omsorgssvikt og mishandling. Forebyggende arbeid utover tiltaksarbeid kunne vanskelig prioriteres. En forståelse av sammenhengen mellom forebygging av psykisk helseproblematikk og forebygging av omsorgssvikt/mishandling var ikke spesielt tydelig, heller ikke behovet for ikke-stigmatiserende tilbud/tiltak til barnevernets tradisjonelle brukere. Dette kan forstås slik at en del fagfolk i barnevernet ennå har vanskeligheter med å se hvordan arbeid med barnemishandling og omsorgssvikt kan foregå innen eller i sammenheng med familiesenteret, heller ikke overfor de som er mest redd for barnevernet. En slik forståelse er neppe i samsvar med lovgivers intensjon med barneverntjenesteloven av 1992, der barneverntjenestens forebyggende ansvar ble utvidet fra å forebygge omsorgsovertakelser til å forebygge omsorgssvikt.

Også PP-tjenestens informanter var betydelig usikre på hvordan tjenesten kunne dra nytte av familiesenteret ved at dette kunne gi tidlig hjelp til barn med ulike typer lærevansker. Flere av informantene herfra var fortsatt mest opptatt av PP-tjenestens oppgaver knyttet til sakkyndighet- og systemarbeid der de definerte det pedagogiske personalet i skoler og barnehager som en viktig brukergruppe. Disse klaget oftere over dårlig tilgjengelighet enn den egentlige målgruppen for virksomheten: ungene og deres familier. Likevel hadde alle PP-tjenestene på dette intervjutidspunktet begynt med, eller i hvertfall planlagt noe tilstedeværelse i åpen barnehage, og alle var på ulike vis positive til familiesenterets innhold.

Til tross for fokus på psykisk helse, var de fleste av informantene fra BUP nokså usikre på sin egen rolle i sammenheng med familiesenterets arbeid. Bare en av BUPene var opptatt av å være til stede på familiesenteret på en slik måte at de kunne utføre både forebyggende arbeid som opplysningsvirksomhet og veiledning og lettere behandlingsmessige oppgaver som observasjon av barn i naturlig sammenheng samt foreldrerådgivning. Denne poliklinikken la til rette for at ansatte psykologer med behov for første-linje-praksis i sin spesialiseringsprosess, kunne utføre denne på familiesenteret. To andre poliklinikker var opptatt av å finne nye måter å forvalte henvisningssystemet på slik at tjenesten skulle bli mer tilgjengelig for henvisende instans i vurderingsfasen. De så også dette arbeidet i sammenheng med å redusere ventelister på utredning og behandling. En av disse var også involvert i veiledning til familiesenter-teamet.

Heller ikke på dette intervjuutidspunktet var informantene opptatt av å utvide tjenestenes åpningstider for brukerne og legge til rette for turnusarbeid. Alle mente at de var i stand til å tilpasse seg brukernes behov ved at de gikk på hjemmebesøk utenfor vanlig åpningstid når dette var nødvendig for familien, eller for dem selv. Deltakerne i familiesenterets gruppevirksomhet arbeidet også til tider på kvelds- eller ettermiddagstid. Flere informanter var opptatt av informasjonsvirksomhet som en del av tilgjengelighetsdiskusjonen. Mange var i gang med å lage brosjyrer, enda flere hadde planer for dette.

6.2.3 Tverrfaglig samarbeid/profesjonell fleksibilitet

Utsagn:

"Gamle, dårlige erfaringer sitter lenge i."

"Nå tør vi mer. Sammenlagt kunnskap fører til profesjonell trygghet."

Tverrfaglig samarbeid er også en del av grunntenkningen i familiesenteret. Den skal sitte både i grunnmur, reisverk og vegger i alle etasjer. Allerede i første intervju uttrykte flere informanter at alle sentrale aktører måtte være med fra starten av et samarbeidsprosjekt. "Gjestestatus" et stykke ut i prosjektperioden kunne virke hemmende både på engasjement og tverrfaglig samarbeid.

Til tross for klare forventninger og politiske vedtak på høyeste hold, opplevde flere barnevern- og PP-tjenester at de ikke hadde deltatt som likeverdige kommunale aktører fra begynnelsen av prosjektperioden. Forsøkskommunene startet prosjektperioden med en tydelig forankring i helsesøstertjenesten. Deretter ble de andre tjenestene inkludert, etter hvert som de utvidet sin forståelse av familiesenterkonseptet. Det tok relativt lang tid å få sosialtjenesten, familievernkontorene, BUPene og en del andre eksterne samarbeidspartnere inn på fellesarenaen. I flere kommuner var de heller ikke medvirkende på andre intervjuutidspunkt.

Den gradvise tilnærmingen til tverrfaglighet i psykososialt arbeid kan ha sammenheng med at det tar tid før en "utvidet helseforståelse" adopteres av det lokale fagmiljøet. Samtidig har enkelte informanter fra barnevern- og PP-tjeneste gitt uttrykk for at de allerede i startfasen av prosjektperioden ønsket å engasjerte seg mer i familiesenterprosjektet enn de fikk "lov til". De opplevde avventende holdninger og til dels avvisning fra prosjektledelsen dersom de selv tok initiativ. De samme informantene stilte seg av den grunn noe undrende til helsetjenestens sterke eiendomsforhold til familiesenteret og til holdninger som de mener kunne motvirke det tverrfaglige perspektivet i både Opptappingsplanen og familiesenterarbeidet. (Jfr. P.5.1.1.3: "Gamle dårlige erfaringer sitter lenge i") Sistnevnte peker på at enkelte helsesøstre, på grunn av sin brede kompetanse kunne stå i fare for å opptre som omnipotente (allvitende) når det gjelder barn og unges psykiske helse. Underforstått: de andre yrkesgruppene er unødvendige i

dette arbeidet, helsesøstre vet best.

Fortellinger fra tverrfaglig samarbeid handler i andre runde mest om at teamene i familiesenteret begynner å få erfaringer med at tverrfaglig samarbeid lønner seg, særlig når brukerne er med på laget. Informantene fortalte likevel mest om flerfaglig samarbeid, der teamdeltakerne ga konsultasjon til hverandre. De fikk også fram at tverrfaglig trygghet økte gjennom å få fram kompetanseforskjeller og en bredest mulig tilnærming til arbeid med psykososial problematikk. Fortellinger fra fler- og tverrfaglighet i "ubalanse" viser at etableringen av familiesenter også kunne være preget av både utrygghet og kompetansestrid, til tross for sentrale vedtak og gode intensjoner. Det kan ta både lang tid og hardt arbeid å oppnå tillit mellom ulike yrkesgrupper og samarbeidspartnere. Faglig trygghet kan vanskelig vedtas.

Flere informanter var opptatt av at de kommunale fastlegene manglet i arbeidet med psykososiale problemer. Legenes virksomhet ble av flere grunner opplevd som viktig. En av dem var at familier med mange plager går svært ofte til lege, både til faste konsultasjoner og akutt-tjeneste. En annen var at henvisninger til BUP krever involvering, i det minste en underskrift fra kommunelegen. Begge begrunnelsene setter kommunelegen i en sentral posisjon for å gi rett hjelp til rett tid. Også kommunenes sosialtjeneste og andre tjenester som forvalter støttetiltak for funksjonshemmede (og andre vanskeligstilte) ble av mange informanter opplevd som viktige samarbeidspartnere i arbeidet med psykososial problematikk. Forebygging av psykososiale problemer handler ofte om reduksjon av ytre stress-faktorer (belastninger). Tilfredstillende inntekt- og boligforhold, avlastning osv kan derfor være svært viktige virkemidler i arbeidet med en del risikofamilier. Flere informanter oppfatter arbeidet med å skape forståelse for helhetstenkningen i disse tjenestene som svært krevende. Noen opplevde at de nærmest måtte opptre som advokater på brukernes vegne.

Tverrfaglig team er en måte å koordinere det psykososiale helsearbeidet på. Teamarbeid er derfor en selvsagt del av familiesenterarbeidet, og alle familiesentrene var i gang med teambygging da informantene ble intervjuet i andre runde. Gjensidig informasjon om de ulike tjenestenes oppgaver og kompetanse ble oppfattet som avgjørende for å få til effektivt teamarbeid, så det ble brukt mye tid på bli-kjent-prosesser. Flere var imidlertid usikker på hvor stort teamet kunne være, hvordan teamarbeid skiller seg fra ansvarsgruppearbeid og hvordan arbeidet skulle organiseres i praksis, særlig med tanke på brukermedvirkning. Flere av teamene hadde startet arbeidet med tverrfaglige diskusjoner rundt anonymiserte saker, både i opplæringsøyemed og for å gi hverandre alternative ideer til hvordan saker kunne løses sektorielt. De anonyme sakene var, naturlig nok, ikke egnet for øvelse i brukermedvirkning. Men informantene rapporterte også om stadig flere erfaringer med at brukerne ble invitert med i et konkret samarbeide i egen sak. Når teamets drøftinger førte til at brukere ble henvist til flere tjenester, ble sakene "åpnet" for et formelt tverrfaglig samarbeid, enten med samtykke eller deltakelse fra brukerne. Da denne delen av team-arbeidet var kommet svært kort, var det vanskelig å få tak i gode beskrivelser fra dette arbeidet, særlig når det gjelder teamarbeid på brukernes premisser.

Erfaringene med teamarbeid omtrent halvveis i prosjektperioden viste en tendens til at teamene hovedsakelig øvde seg på tverrfaglig samarbeid gjennom samtaler om klienter, pasienter og pårørende uten at de var til stede. Dette kan vise hvor vanskelig det kan være å endre praksis og hvilken utfordring det er å inkludere brukerne utover å innhente samtykke. En annen utfordring i denne sammenhengen er å utvikle tverrfaglige metoder for å hjelpe familier med sammensatte problemer uten bruk av byråkratiske henvisningsrutiner. Ressursmessig gevinst av familiesentermodellen kan være vanskelig å få øye på dersom tverrfaglig samarbeid i familiesenteret stadig fører til økt belastning på basistjenestene. Ansvarsgrupper er en annen side

av det tverrfaglige samarbeidet i kommunene. Alle informantene var fortrolig med og deltok i ansvarsgrupper, men de ga samtidig uttrykk for at kvaliteten på arbeidet i disse gruppene var varierende. Noen var preget av at arbeidet ikke var tilstrekkelig målrettet og at ansvarlige tjenester ikke alltid fikk gjort det de skulle mellom møtene. Mange ansvarsgrupper hadde brukerne til stede, særlig pårørende til barn og unge med omfattende problemer.

Alle forsøkskommunene hadde flere tverrfaglige samarbeidsprosjekter i forkant av familiesenterprosjektet, det ble gitt eksempler på tverrfaglige basisteam i skoler og barnehager, tverrfaglig team for flyktningeproblematikk, utekontakt for ungdom, akutt-team for ungdom, samtalegrupper for ungdommer i ulike typer risiko (selvmord, spiseforstyrrelser, og lignende), beredskapsgruppe mot seksuelle overgrep, nettverksprosjekter i boligområder, kriminalitetsforebyggende prosjekter rettet mot ungdom, SSL= arbeid med store og sammensatte vansker og en rekke opplæringsprogrammer som Marte Meo. Noen av de tverrfaglige samarbeidsprosjektene var etter hvert smeltet sammen med familiesenterprosjektet, mens andre fungerte fortsatt ved siden av. Alle så det som en viktig utfordring å forenkle dette systemet. Utenom familiesenterprosjektet hadde ingen tjenester egne budsjettposter for kreativt "spleiselag" med andre tjenester. Ressursfordeling mellom tjenestene i forbindelse med samarbeidsprosjekter handlet mest om å bidra med mennesker og kompetanse.

6.2.4 Brukermedvirkning

Utsagn:

"Det er vanskelig å gjennomføre pålegget om at brukerne skal medvirke til individuell plan.

Skal brukerne bestemme hva vi skal gjøre?"

Brukermedvirkning er en annen grunnpilar i familiesenterprosjektet. Brukermedvirkning som overordnet prinsipp og som faglig metode skal tjene minst to hensyn, både maktbalansering (empowerment/myndiggjøring) som egenverdi og krav om effekt. Ettersom tiltak skal føre til kvalitative forbedringer for de barna og de familiene som er gjenstand for hjelpen, må brukerne nødvendigvis bistå tjenestene med å evaluere om tjenesteutøverne oppfører seg på en tillitsvekkende måte og om hjelpen faktisk virker. Bevisstheten rundt brukermedvirkning var sterkere på andre intervjudidspunkt enn første, men det var likevel en gjennomgående tendens til at tjenestene hadde problemer med å operasjonalisere idealene om brukermedvirkning. Tendensen var sterkest i barneverntjenesten, som også forvalter en myndighetsrolle med mye makt. Informantenes utsagn tydet på at tjenestene var uvant med å involvere brukere som aktører i egen sak og som viktige premissleverandører for tjenestenes innsats og metodevalg.

Flere var i gang med brukerundersøkelser, men de hadde likevel problemer med å koble brukermedvirkning til det lovmessige evalueringsarbeidet for virksomheten. Dette har i intervjusituasjonen fått betegnelsen "hverdagsevaluering" av hjelpetiltak og behandling. Informantene fikk direkte spørsmål om evaluering av individuelle planer knyttet til psykisk helsearbeid, individuelle læreplaner i skolen og tiltaksplaner/omsorgsplaner i barnevernet. Kommunehelseloven (§ 6-2) pålegger kommunene å utforme individuelle planer (IP) for brukere med langvarig og sammensatte behov for tjenester⁴⁴. Hensikten er å sikre mennesker "et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til en hver tid er tjenesteyter som har ansvar for oppfølging. Brukermedvirkning er nødvendig for den individuelle tilpasningen av all tjenesteyting, men arbeidet med IP og andre individuelle planer var kommet svært kort i forsøkskommunene, slik det også var på landsbasis. BUPene var bevisst sitt ansvar, men strevde med den praktiske

⁴⁴ NIBR-rapport 2004:12 med henvisning til Kjellevold, A: Retten til individuell plan. Fagbokforlaget, 2002

innfallsvinkelen, dvs hvordan planene kunne forankres i samarbeidet med andre tjenester. Systemene for planlegging og evaluering var forskjellig i de ulike tjenestene, men et felles trekk var at begge deler var løst fra brukernes medvirkning.

Barneverntjenesten er et forvaltningsorgan med krav til både kortsiktig og langsiktig planarbeid (tiltaksplaner) rundt tjenestens tiltak. I tillegg skal alle vedtak evalueres for å vurdere om tjenesten gir rett hjelp (til rett tid). Likevel virker det som om evalueringsarbeidet gjøres hovedsakelig med utgangspunkt i barnevernets ekspert- og kontrollrolle. Brukernes vurdering av hjelpen oppfattes som mindre viktig enn saksbehandlers vurdering av om barneverntjenestens mål er nådd. Samme tendens var synlig i PP-tjenestens "hverdagsevaluering" av den spesialpedagogiske hjelpen. PP-tjenesten oppfattet i liten grad arbeidet med individuelle læreplaner i skolen som sitt ansvar, kun dersom planen ikke fungerte og PP-tjenesten var involvert i elevens problemer. Heller ikke her ble brukernes vurdering av hjelpen (undervisningen og de spesialpedagogiske tiltakene) sett på som sentral.

I et empowermentperspektiv er det interessant hvorvidt tiltaksplaner i barneverntjenesten og individuell læreplan i skolen fortsatt defineres som saksbehandlers/lærerens plan for sin innsats overfor barnet, eller som en interaktiv plan der brukermedvirkning er viktig for å finne den riktige hjelpen/tilpasningen av læringsmiljøet.

6.3 Tredje intervjurunde, november 2004 – februar 2005

Utsagn:

"Samarbeidsarena og felles opplæring gir felles kunnskap, teambygging og handlingskompetanse." (HS)

På tredje intervjutidspunkt var prosjektperioden slutt. Alle kommunene (bydelen) hadde på dette tidspunktet evaluert familiesentrene som så vellykket at de planla å videreføre driften. I tillegg hadde de største kommunene startet arbeidet med å planlegge familiesenter i nye boligområder/bydeler. En kommune manglet fortsatt et samlende familiesenter med plass til alle aktiviteter og deltakere. I påvente av et hus under bygging ble den frittstående åpne barnehagen fortsatt brukt som lokaliteter for ulike aktiviteter for småbarnsfamilier. Denne kommunen måtte bruke mye krefter på å holde ut en vanskelig venteperiode. Alle familiesenterkommunene var godt i gang med å bygge "tredje etasje" i familiesenteret, dvs selektive forebyggende tiltak overfor familier og enkelte barn/unge i en tverrfaglig sammenheng. Alle hadde etablert tverrfaglige team, men måten de fungerte på kunne fortsatt være svært forskjellig. Mange informanter beskrev også i denne intervjurunden en team-virksomhet som liknet mer på en flerfaglig konsultasjonsvirksomhet enn en tverrfaglig tilnærming til problemløsning sammen med brukerne. Flere sa også at de strevde med å operasjonalisere empowermentbegrepet og anerkjenne brukernes kunnskap. Den største barrieren for dette var tradisjonell "eksperttenkning", dvs fagfolkenes grunnholdninger til at de visste best hva som var best for brukere med omfattende problemer.

6.3.1 Organisering og forankring i tjenestesystemet

Følgende utsagn viser noe av mangfoldet i informantenes utsagn:

"Jeg forstår ikke at jeg kunne være så negativ til familiesenteret. Nå ser jeg hvor viktig det er å gi tidlig hjelp med språk- og atferdsproblemer. Når problemene viser seg i skolen, blir det vanskeligere for oss å hjelpe." (PPT)

"Familiesenteret kan gi god hjelp til risikofamilier som vi ikke har kapasitet til å hjelpe gjennom tiltaksarbeid." (BV)

"Familiesenteret er sikkert bra, men jeg skjønner fortsatt ikke hva vi har å gjøre der, annet enn å drive veiledning, vår oppgave er primært å drive behandling på høyt nivå." (BUP)

Familiesenterets helsefokus var ikke lenger avgjørende for hvordan familiesenteret var organisert og forankret i tjenestene, men dette kunne fortsatt være en begrensning for en kontekstuell forståelse av årsaker og virkninger av psykisk helseproblematikk. Helsesøstertjenesten hadde, som tidligere, det sterkeste eiendomsforholdet til familiesenteret, mens de andre tjenestene hadde fortsatt et varierende "eierskap". Helsesøstrenes stadig økende begeistring kan sees i sammenheng med at de opplevde det tverrfaglige samarbeidet som klart kompetansestyrkende for profesjonens arbeid med risikofamilier. De hadde tydeligvis mye å vinne i det tverrfaglige samarbeidet med de andre tjenestene, mens det ennå var noe uklart for flere av de andre hva deres gevinst kunne bestå av. På tredje intervjutidspunkt var alle barneverntjenestene, tre PP-tjenester og fire BUPer delaktig i senteret på ulike måter. Deltakelsen varierte fra veiledning til deltakelse i team, gruppevirksomhet og/eller enkeltkonsultasjoner sammen med en annen profesjon. En av de tidligere avventende og til dels skeptiske PP-tjenestene, var nå med for fullt og opplevde samarbeidet i familiesenteret som svært meningsfullt, både for brukerne og dem selv.

Den BUP-klinikken som i 2004 hadde tilrettelagt for en klinisk førstelinjepraksis for psykologer, var så fornøyd med dette at de fortsatte arbeidet i familiesenteret, dog med noe redusert kapasitet. En annen klinikk med aktiv deltakelse var opptatt av at familiesenteret burde få høyere status i kommunen og en viktig rolle med å koordinere alle kommunale tjenester framover. Også de som ikke deltok med samarbeidende aktiviteter, så familiesenteret som en viktig helsefremmende og forebyggende tjeneste for fagfeltet. De kunne likevel ikke se sammenhengen mellom senterets virksomhet og egne oppgaver. Det var fortsatt gjennomgående at informantene ikke hadde satt seg inn i sentrale føringer av betydning for familiesenterets virksomhet. Med få unntak hadde de kun hørt om Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse, få hadde lest den og planen ble derfor ikke brukt aktivt for å skape endringer i hele fagfeltet psykisk helsevern for barn og unge. En annen utfordring for å sikre forankring i tjenestesystemet var god nok informasjon om den praktiske virksomheten i familiesenteret, særlig med tanke på utvikling av metoder for reell brukermedvirkning. Det begynte å bli tydelig at forankringen av familiesenterets ideologi i fagfeltet som helhet hadde en sammenheng med hvor sterk forbindelsen mellom familiesenteret og resten av tjenestene var.

6.3.2 Tilgjengelighet

Følgende utsagn viser noen av motsetningene i fagmiljøet:

"Skjema for tidlig kartlegging gjør at vi ikke lenger overser og bagatelliserer risiko." (HS)

"God tilgjengelighet krever forenklet henvisning, men jeg vet ikke hvordan vi skal klare det uten å drukne i arbeid." (PPT)

"Anti-henvisningsmøter" med kommunene hjelper med å sortere ut hvilke unger som må prioriteres av oss, og hvilke unger som kan få hjelp i kommunen, kanskje med noe veiledning." (BUP)

"De andre tjenestene venter for lenge med å melde til oss, så omsorgssviktede og mishandlede barn får alt for sen hjelp." (BV)

På tredje intervjutidspunkt var familiesenteret etablert som en tilgjengelig tjeneste for brukerne. Åpen barnehage hadde god kobling til helsestasjonen og de andre tilbudene i familiesenteret. Åpningstidene for helsestasjonen og åpen barnehage var som før, men det ble drevet en del gruppevirksomhet på ettermiddagstid, kvelder og lørdager. Holdningene til de profesjonelle og ikke minst den fysiske tilgjengeligheten

gjorde at brukerne av senteret lett kunne få kontakt med en fagperson, som evt kunne skaffe flere fagpersoner om nødvendig. Gjennom de generelle tilbudene og en tillitskapende praksis fikk familiesentrene økende kontakt med risikofamilier, som normalt ville vært engstelig for offentlige hjelpere. Ett av sentrene rapporterte om at de hadde utviklet en ny praksis overfor mødre som levde i forhold med familievold. Den nye praksisen var bygd på et tett tverrfaglig samarbeid med stor grad av tilgjengelighet. Med teamet i ryggen turte jordmor og helsesøster å stille de riktige spørsmålene samtidig som politi, sosial- og barneverntjeneste tok i bruk alle tilgjengelige virkemidler (besøksforbud, fengsling, ny bolig, sperret adresse, inntekt, osv). Mødrene klarte med hjelp av familiesenterets tverrfaglige arbeid å velge barna og seg selv ut av det voldelige forholdet, når de forsto at de ikke ble stående alene mot voldsutøveren. Dette er særlig interessant i lys av andre studier som viser at voldsutsatte kvinner har en tendens til å gå tilbake til overgriper (samt trekke politianmeldelsen) dersom de ikke får den hjelpen de trodde de ville få.

Familiesenteret var blitt et tilbud med god tilgjengelighet for brukerne, men tilgjengeligheten til det kommunale tjenesteapparatet som helhet hadde ikke endret seg i betydelig grad. Informanter fra familiesentrene rapporterte fortsatt om rigide systemer som gikk ut over brukerne, og at det tverrfaglige samarbeidet utenfor familiesenteret stadig ble utfordret av manglende profesjonell fleksibilitet. Informasjonen fra barnevern, PPT og helsestasjoner utenfor familiesenteret var stort sett i samsvar med dette. Den nye tenkningen og samarbeidet i familiesenteret utløste ikke automatisk en mer ubyråkratisk arbeidsform eller flere hjelpetiltak. I barneverntjenesten var melde- og søknadsprosedyrene fortsatt de samme, det gjaldt også for undersøkelses- og saksbehandlingsprosessen. Slik var også situasjonen i PP-tjenesten.

Poliklinikkene for psykisk helsearbeid skilte seg ut ved at de i løpet av prosjektperioden arbeidet hardt med å redusere antall barn og unge på venteliste for behandling. Dette hadde en sammenheng med pålegg fra helseforetakene, noen hadde også fått flere ressurser for å redusere køen. Informantene rapportert om at aksjonen hadde gitt bedre sorteringshjelp og raskere behandling, men ingen kunne si om den hadde gitt kvalitativt bedre hjelp til ungene. En av klinikkene hadde studert ”køen” og arbeidet med å redusere ventelisten gjennom samarbeid med førstelinjetjenesten, herunder familiesenteret. En annen var i ferd med å gjøre det samme. Informantene i disse klinikkene mente at samhandlingen hadde ført til at ungene fikk tidligere hjelp, samtidig som kompetansen i førstelinjen ble økt gjennom samarbeidet. De mente også at samhandlingen med førstelinjetjenesten førte til at BUP kunne gi bedre hjelp, fordi det var gjort et godt forarbeide og fordi de fikk jobbet med saker som hørte hjemme i andrelinjetjenesten.

I tilgjengelighetsdiskusjonen rapporterte alle informantene om et så høyt arbeidspress at de stadig måtte jobbe overtid på ettermiddags- og kveldstid. Slik hadde det ”alltid” vært, men presset hadde vokst de siste årene. Som en oppfølging av slike svar ble informantene spurt om det som en motvekt kunne være aktuelt å regulere arbeidstiden på en annen måte enn i dag, de kunne tenke seg å forskyve arbeidstiden for å skape en bedre tilgjengelighet og forutsigbarhet for begge parter. Ingen av informantene kunne tenke seg en omlegging til åpningstider som passet bedre for arbeidsfolk og skoleungdommer. De mente at de med dagens system ivaretok brukernes behov samtidig som de var opptatt av å beholde personlig og profesjonell frihet, dvs at overtidarbeid skulle reguleres av dem selv i henhold til individuelle behov. Enkelte nevnte også at overtid var bedre betalt enn forskjøvet arbeidstid, og at overtidssinntekt var bra i yrker med lav lønn.

6.3.3 Tverrfaglig samarbeid/profesjonell fleksibilitet

Følgende utsagn viser noe av mangfoldet:

"Nå tør vi mer, for vi trenger ikke kunne alt." (HS)

"Det er vanskelig å henwise til BUP, vi har så forskjellig syn på hva som er naturlige reaksjoner på et vanskelig liv." (BV, PPT; HS)

"Vi vil henwise direkte til BUP, ventetiden øker når vi må gå gjennom fastleger som mangler forståelse for barns behov." (PPT)

"Vi savner bedre koordinering fra staten og kommunen, slik at vi vet mer om hva vi skal gjøre sammen med de andre tjenestene og hva vi skal konsentrere oss om for oss selv." (alle)

Alle tjenestene var fortsatt med i mange tverrfaglige prosjekter, mens noen rapporterte om at antall samarbeidsteam var redusert etter at familiesenterets tverrfaglige team kom i funksjon. De tverrfaglige teamene i familiesenterets tredje etasje var nå operativt i alle forsøkskommunene. Teamene hadde tatt på alvor at manglende kunnskap om hverandre var et viktig hinder for tverretattlig og tverrfaglig samarbeid. Etter en lengre bli-kjent-prosess for å øke tryggheten i teamet, var de godt i gang med å utvikle tverrfaglig metodikk.

Team-arbeidet startet vanligvis ved at familiens kontaktperson i familiesenteret (pedagog, helsesøster, foreldreveileder) ikke kunne hjelpe familien alene, og derfor spurte om samtykke til å drøfte løsninger og tiltak i teamet, eventuelt anonymt. Det var sjeldent vanskelig å få samtykke. Neste steg i prosessen førte gjerne til formell henvisninger til andre aktuelle tjenester og en samtidig innsats derfra. På dette tidspunktet var enkelte brukerne med i teamets arbeid på lik linje med de profesjonelle. Deretter ble det tverrfaglige samarbeidet koordinert av teamet, evt en utvidet ansvarsgruppe. Brukerne av tverrfaglig team hadde gjerne barn med sammensatt problematikk, men få informanter koblet dette teamarbeidet opp mot det kommunale arbeidet med individuell plan, som er hjemlet i både helse- og sosiallovgivningen⁴⁵. En annen variant var at kontaktpersonen spurte om samtykke til å bringe flere fagfolk inn i en felles samtale med familien. Deretter ble sakskompleksiteten drøftet videre i teamet, anonymt eller med samtykke. Neste steg handlet vanligvis om å utløse ressurser fra aktuelle tjenester gjennom henvisning, for deretter å koordinere arbeidet gjennom teamet.

Ingen av informantene ga uttrykk for noen hovedregel om at brukere skulle være til stede på teammøtene. Det virket derfor som om flere team fortsatt snakket mer om brukerne enn med dem i direkte problemløsningsarbeid. Likevel ble det rapportert om at de fleste profesjoner opplevde teamarbeidet som trygghetskapende og kompetanshevende. Mange opplevde det svært positivt å utvide den faglige "horisonten" gjennom teamarbeid, men også ved å trekke med andre yrkesgrupper i foreldresamtaler og gruppevirksomhet. Det daglige arbeidet ble mer spennende gjennom det tverrfaglige samarbeidet i familiesenteret. Flere av helsesøstrene var opptatt av at screening-skjema fra tidligintervensjonsprogrammet gjorde at de nå hadde fått redskap for å oppdage problemer tidligere enn før. De påpekte samtidig at nytteverdien av dette redskapet måtte settes i sammenheng med at det tverrfaglige teamet bidro til en profesjonell trygghet som gjorde at de nå turte å ta tak i problemer på en annen måte enn før. Flere av helsesøstrene ga uttrykk for at en tidligere motstand mot screening hadde sammenheng med redselen for å stå alene med ansvaret for familier med store problemer. Flere nevnte også at screening-samarbeidet med Universitetet i Tromsø⁴⁶ var trygghetsskapende.

⁴⁵ Sosialtjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven, lov om psykisk helsevern, spesialisthelsetjenesteloven

⁴⁶ Prosjekt tidlig oppdaging og tidlig hjelp ved professor John Rønning

Flere familiesenter hadde i tredje intervjurunde fått et mer aktivt forhold til sosialtjenesten og familieverntjenesten, noen også til Aetat, trygdekontoret og politiet/kriminalomsorg i frihet. Sosialtjenesten ble ansett som viktig i saker der familiens bolig og inntektsforhold var av betydning for foreldrenes og barnas psykiske helse. Flere familievernkontor hadde tilstedeværelse i familiesenteret på angitte dager. Denne tjenesten ble oppfattet som viktig i arbeid med familiekonflikter, med råd og veiledning, men også fordi de tilbyr mekling i barnefordelingsaker. Også politiet var blitt en viktig samarbeidspartner for det senteret som var opptatt av familievold og andre familiesenter som arbeidet aktivt for å forebygge ungdomskriminalitet. Politiet var ikke med i teamet, men ble trukket inn som samarbeidspartnere i aktuelle saker. Mange informanter påpekte at de savnet de psykiatriske poliklinikkene for voksne som samarbeidspartnere i senteret. Barn av psykisk syke foreldre ble oppfattet som en viktig målgruppe for familiesenterets arbeid, men det var gjennomgående vanskelig å få kontakt med voksenpsykiatrien, både i aktuelle saker og når det gjaldt innsats på helsefremmende og forebyggende nivå.

6.3.4 Brukermedvirkning

Utsagn som illustrer noe av mangfoldet / motsetningene blant informantene:

"Foreldrene til barnet er alltid med i inntaksfasen, men vi utreder ikke sammen med de andre tjenestene som er involvert." (PPT)

"Vi undersøker i samarbeid med familier, men det blir også mye brevskrivning for å innhente informasjon fra de andre tjenestene." (BV)

"På familiesenteret har vi tverrfaglige uformelle møter med risikofamilier. Det sparer vi ressurser på, hjelpen kommer tidligere og familiene blir mindre redde." (Helsesøster)

Empowerment-ideologien bygger på et perspektiv der brukerne anerkjennes som aktører i en gjensidig relasjon der utveksling av ressurser og kompetanse står sentralt. Kompetent innflytelse over hjelpeapparatets tilbud er den enkeltes rett til å beskrive, forklare, gi kritikk, analysere, treffe frie valg og evaluere⁴⁷. Informantenes faglige bevissthet rundt brukermedvirkning hadde økt betraktelig i løpet av prosjektperioden, og alle familiesentrene var opptatt av å få laget brukerundersøkelser. En av dem har engasjert en ekstern evaluator, mens to andre har laget egne undersøkelser med veiledning utenfra. Resten hadde planer om å undersøke brukernes fornøydhet med og nytte av familiesenteret. Undersøkelsene viste at de aller fleste brukerne var svært fornøyd med tilbudet. De la vekt på tilgjengelighet, særlig at flere fagpersoner var tilgjengelig på samme sted og at hjelpen kommer raskt.

I familiesenteret var brukermedvirkning en selvfølge fra første dag, men utvikling av en brukermedvirkende praksis hadde vært famlende. Medvirkningen kom først på plass på systemnivå, dvs i form av bruker-møter på dag- eller kveldstid, noen hadde opprettet brukerutvalg og/eller fått brukere med i styret. I tillegg er de ansatte i familiesenteret kontinuerlig søkende etter brukernes synspunkter, de har bedt om forslag på tilbud og evaluert de ulike virksomhetene sammen med grupper av brukere. Også på individnivå har brukerne i voksende grad blitt tatt med på et reelt samarbeid, både i individuelle konsultasjoner og i det tverrfaglige teamet. Informanter fra familiesenteret fortalte at det var en stor utfordring å gi slipp på gamle arbeidsformer, rutiner og regler, men at de begynte å få eksempler på teamarbeid som inkluderte brukerne på en slik måte at samarbeidet var i samsvar med innholdet i "kompetent innflytelse". Historien i kap. 6.4 viser et teamarbeid i samsvar med dette prinsippet.

I tjenestenes tradisjonelle tiltaksarbeid (PPT, BV og BUP) var profesjonenes definisjonsmakt og behov for kontroll mer uttalt. Beskrivelsene av tverrfaglig teamarbeidet liknet mye på arbeidet i flerfaglige ansvars

⁴⁷ Kirsti Lenschow med henvisning til Jesper Juul

grupper, der utveksling av informasjon og gjensidig konsultasjonsvirksomhet mellom tjenestene er vektlagt. Brukerne hadde ofte tilbud om å være til stede, men det var ingen selvfølge at de er det. Det var fortsatt en sterk tendens til at brukernes medvirkning handlet mest om det laveste nivået av brukermedvirkning, dvs å være høringsinstans for læreplaner, tiltaksplaner, behandlingsplaner osv. Informantene mente likevel at brukerne hadde stor innflytelse på undersøkelser, planer og tiltak, men det var uvanlig at de kunne beskrive saker der brukerne var delaktig i hele bistandsprosessen: problemdefinisjon, planlegging, iverksetting, deltakelse og evaluering. Enkelte informanter drøftet brukermedvirkning ved å tilkjenne at de var usikre på brukernes kompetanse, hvor stor innflytelse de egentlig burde ha over det profesjonelle arbeidet. Usikkerheten var bygd på at klienter og pasienter søkte hjelp fordi de ikke kunne løse problemer på egen hånd, eller at de hadde uhensiktsmessige problemløsningsstrategier. Noen informanter oppfattet fortsatt at empowerment og brukermedvirkning betydde selvbestemmelse.

Barneverntjenesten hadde den største utfordringer når det gjaldt holdninger til brukerne, noe som kan sees i sammenheng med barnemishandlingens etiologi. Informantene definerte seg mer som saksbehandlere enn "menneske- eller relasjonsbehandlere", noe som ga føringer for arbeidsform og målsetninger for arbeidet. De mottok og vurderte bekymringsmeldinger på barn/unge, undersøkte saken gjennom å innhente informasjon fra ulike personer og tjenester som kjenner barnet og familien, herunder brukerne. Deretter henla de saken eller satte i gang tiltak, med eller uten samtykke⁴⁸. Arbeidsformen kunne gi inntrykk av at barnemishandling og omsorgssvikt fortsatt ble forklart med "egenskaper" hos brukerne, mer enn samspill mellom person og kontekst⁴⁹.

Noen av tjenestene hadde hatt brukerundersøkelser/evalueringer tidligere eller i løpet av prosjektperioden, uten at det var kommet fram vurderinger som førte til merkbare forandringer i driften. De fleste brukerne hadde vært fornøyd. Omtalen av undersøkelsene ga inntrykk av at tjenestene var mindre opptatt av eget forbedringspotensiale enn av å få bekreftelser på det de gjør "riktig".

6.4 Historien om en vellykket sak

Historien er hentet fra et av familiesentrene, som har jobbet med å utvikle et tverrfaglig samarbeid i tilknytning til familievold, basert på reell brukermidvirkning. Utgangspunktet for innsatsen er delvis tilfeldig og delvis kunnskap om at mange kvinner som anmelder sin samboer eller ektefelle til politiet for vold, trekker denne tilbake når de blir stående alene. En viktig årsak til dette er at kvinnene opplever at den støtten de var "lovet" fra offentlige hjelpere er fragmenterte og lite holdbare i lengden. Saksframstillingen bygger på en autentisk sak, men personlige opplysninger er anonymisert.

6.4.1 Bakgrunn for saken

Tove er en ung kvinne i midten av 20-årene som kommer sammen med kjæresten, Per, til konsultasjon med jordmor i familiesenteret. Tove er gravid i 14. svangerskapsuke. Per har ordnet med time for henne, og viser bekymring fordi Tove er deprimert over graviditeten. I samtalen er det Per som dominerer, Tove framstår som en beskjeden kvinne. Paret bor sammen i en leid leilighet. Sosialtjenesten gir støtte til husleie og livsopphold for henne, Per har betalt arbeidspraksis.

I neste samtale to uker senere kommer Tove alene. Hun forteller jordmor at hun føler seg ensom, og at ansvaret for et barn føles nesten umulig. Hun er fortvilet og vet ikke hva hun skal gjøre. Hun forteller at Per er rusmisbruker, og at han gjentatte ganger har vært voldelig mot henne – også etter at hun ble gravid. Hun har selv hatt en vanskelig og usammenhengende oppvekst med rusmisbrukende foreldre, seksuelle overgrep og flytting mellom flere fosterhjem, som hun opplevde som lite støttende. Dette gjør at hun er redd

⁴⁸ Mangel på samtykke krever fylkesnemndsbehandling.

⁴⁹ Familiesenteret bygger på tenkning om at psykososiale problemer og stressfaktorer øker risiko for psykiske problemer som igjen øker risiko for barnemishandling og omsorgssvikt. Se side 6.

for at hun ikke er i stand til å ta seg av barnet. Faren, som Tove opplevde som en viktig og god omsorgsperson, døde av alkoholskader da Tove var tenåring. Hun eksperimenterte også selv en del med rusmidler da hun var yngre, men hun har nå vært rusfri i flere år. Da faren døde fikk hun god hjelp av en psykolog, men har ellers mange dårlige erfaringer med et oppsplittet hjelpeapparat: barnevern, sosialkontor, lege osv. Alle har stilt ulike og til dels motstridende krav til henne, og hun har følt seg umyndiggjort og overkjørt av samtlige. Tove legger vekt på at alle hjelperne sikkert har ment det godt, men at hjelpen de ønsket å gi ikke nådde fram fordi de ikke var opptatt av å høre på henne. Nå har hun ingen forventninger til hjelp og oppfølging i svangerskapet og etter fødselen. På grunn av negative erfaringer, er hun også litt redd for barnevernet.

Tove opplever å være i en skruestikke. Hun tør ikke å stole på seg selv, føler at det kan bli galt for henne og barnet uansett hva hun velger. De valgene hun ser er enten å bli i et voldelig samboerforhold eller å stå helt alene mot trusler om vold – og hun klarer ikke tanken på noen av delene. Hun er ennå glad i Per, men vet av egen erfaring at rusen passer dårlig sammen med omsorgen for et barn. Per er glad for barnet, men Tove mener at han vil lage bråk for henne og babyen uansett hva hun velger, kanskje blir han ennå mer voldelig hvis hun forlater han enn hvis hun blir i forholdet. Tove har derfor vanskelig for å velge hva hun skal gjøre, abort er for sent, men hun vet ikke om det ville løst alle problemene heller.

Toves nettverk er relativt spinkelt hvis hun ser bort fra Pers venner. Disse vil hun helst ikke ha noe mer med å gjøre, da de fleste har rusproblemer. Etter at faren døde beholdt hun kontakten med hans samboer fra oppveksten sin, og hun treffer av og til sin yngre bror. Han bor i samme kommune, men er heller en belastning enn en støtte fordi han er rusmisbruker. I tillegg har hun to gode venninner fra oppveksten, men ingen av dem bor i nærheten, hun snakker mest med dem på telefon. Den ene bor i en annen landsdel, mens den andre er enslig mor i en kommune som ligger et par timer unna. Tove tror av sistnevnte kan være en støtte. Sammen med kjæresten omgås hun også hans mor, som har tilbudt seg å hjelpe til med barnet. Tove vil gjerne ha en farmor til barnet sitt. Men da kjærestens voldelige atferd gjør at hun er usikker på om hun kan fortsette samboerforholdet, tør hun heller ikke bli avhengig av hans mor. Hun er redd for at dette vil knytte dem for sterkt sammen, og at farmor vil ta sønnens parti og bagatellisere volden, dersom det blir konflikt mellom dem.

6.4.2 Teamarbeid i svangerskapet

Jordmor vurderer ved første konsultasjon i 14. svangerskapsuke at Tove og barnet er i en risikosituasjon. Det er fare for fysiske og psykiske skader pga vold fra samboer og for avvik i graviditeten pga et konstant høyt stressnivå hos Tove. Hun er allerede deprimert, og det er stor fare for at depresjonen vil utvikle seg til alvorlige psykiske problemer, hvis hun ikke får hjelp med sin vanskelige livssituasjon.

Jordmors vennlighet, ikke-fordømmende holdning og interesse for Toves totale livssituasjon gjør at hun får tillit til henne. Hun begynner å tro på at hun kanskje kan komme seg ut av den vanskelige situasjonen og satse på et liv for seg og barnet. Allerede i første samtale gir jordmor grundig informasjon om hva slags hjelp hun kan få fra familiesenterets tverrfaglige team. Hun kan få støttesamtaler for å gjøre egne valg og både praktisk og moralsk hjelp for å komme ut av forholdet til den voldelige kjæresten: bistandsadvokat, politianmeldelse, besøksforbud og rettsak med evt fengselsstraff. Hvis hun må skjermes fra Per, kan sosialtjenesten betale for plass på krisesenter, og hun kan få hjelp til ny bolig dersom det blir problematisk å få samboeren til å flytte ut av den felles leiligheten. Hun får også tilbud om støttesamtaler hos psykolog ved nærmeste poliklinikk for psykisk helsearbeid. For å forebygge svangerskap- og fødselspsykoser, har klinikken i samarbeid med helsesøster utarbeidet et spesialtilbud til gravide, der fokus er på barnet. Samarbeidet med klinikken gjør at Tove slipper å vente mer enn noen få dager på sin første time. Jordmor legger også stor vekt på at Tove selv er den viktigste samarbeidspartneren i familiesenterets teamarbeid.

Tove takker ja til tilbudene fra familiesenteret og støttespiller utenfor, fordi hun stoler på at familiesenteret ikke vil overkjøre henne og ta valg for henne slik hjelpeapparatet har gjort tidligere. I neste samtale ber hun om "full pakke" fra familiesenteret, hun vil ut av samboerforholdet, men trenger hjelp med anmeldelse til politiet og kanskje til skjerming. Hun er redd for Pers reaksjoner når hun vil ut av forholdet og når hun anmelder han til politiet. Etter samtykke fra Tove sammenkaller jordmor til tverrfaglige team-møte i 17. svangerskapsuke. Foruten jordmor består teamet av Tove, farens tidligere samboer, psykologen fra poliklinikken, helsesøster, sosialtjenesten og barnevernet. Teamet møtes etter Toves ønske hver tredje uke. Møtene er resultatorienterte og forpliktende. Alle teammedlemmene, også Tove, har oppgaver mellom møtene. Felles forståelse av situasjonen og felles mål bidrar til å skape en lagånd, der empowerment (myndiggjøring) står sentralt. Tove tør mer og mer, hun tar etter hvert kontrollen over eget liv, men er inntil videre avhengig av hjelp fra familiesenteret.

Det første hovedmålet for teamet handler om å redusere stress-faktorer, slik at graviditeten får utvikle seg under maksimalt trygge forhold. Det skapes en trygg sosial og økonomisk ramme rundt svangerskapet gjennom ny bolig, penger til livsopphold i påvente av fødselspenger og overgangsstønad, og beskyttelse mot overgrep fra tidligere samboer gjennom politianmeldelse. Det neste hovedmålet er å hjelpe Tove til å etablere god kontakt med barnet i magen og å endre livsstil. Barnevernet tilbyr plass i mødre hjem, men Tove avslår dette, hun er redd for nok en gang å miste selvbestemmelsen over eget liv. I stedet satser teamet på tett oppfølging i Toves hjem samt supplerende tilbud i familiesenteret. I den følgende tiden har de mye kontakt, Tove kan også ringe eller innkalle til teammøte når som helst.

En god svangerskapsomsorg, med bl.a. flere besøk på fødeavdelingen, fører til at Tove slapper mer av med tanke på fødselen. Når tiden kommer har Tove bare gode opplevelser både på føde- og barselavdelingen. Hun blir umiddelbart glad i babyen sin, som er en velutviklet gutt, og hun vil amme ham. En venninne stiller mye opp og farmor tilbyr hjelp, selv om det nå er slutt med Per. Men Tove holder fortsatt distanse til henne, hun er redd for at farmor skal bli for dominerende. Politianmeldelsen har ført til dom og fengselsstraff for den tidligere kjæresten, og Tove føler seg trygg så lenge han sitter inne. Fengslingen bidrar til at den første tiden etter utskrivning fra sykehuset er trygg og god for mor og barn. Etter fødselen overtar helsesøster som teamleder og hovedkontakten i familiesenteret. Psykologen er fortsatt med, men sosialtjenesten tar pause til det er bruk for dem igjen. Barnevernet bidrar med en ny kontaktperson i teamet i tilfelle Tove trenger hjelp med barnet som krever forvaltningstiltak (avlastning og lignende).

Teamet evaluerte samarbeidet så langt og kom fram til følgende konklusjon:

Med støtte fra teamet ble Tove i løpet av svangerskapet i stand til å ta mange avgjørelser med stor betydning for sitt eget og babyens liv. Hun har avvist gamle venner, anmeldt Per for vold mot henne og fosteret, og hun har tålt et omfattende press fra både Per og gjengen. Hun har vist klare tegn på at barnet er hennes første prioritet i livet, noe som har bidratt til forandringer i livsstil og valg av venner. Hun har fått økende tillit til hjelpeapparatet, også barneverntjenesten, noe som har bidratt til at hun er aktivt hjelpsøkende og drøftende i sin kontakt med teamet. Til tross for omfattende hjelp opplever hun at hun har større råderett over eget liv enn hun hadde da hun ikke hadde kontakt med familiesenteret.

6.4.3 Teamarbeid etter fødselen

Team møtene fortsetter i samme mønster som før, de er løsningsorienterte og en støtte for Tove når hun må ta stadig nye valg. De fleste dilemmaene handler fortsatt om forholdet til Per, som hun ønsker å holde avstand til. Som andre mishandlede kvinner sliter hun med dårlig selvbilde og ambivalens overfor sin overgriper, som både forteller at han elsker henne og at skal ødelegge henne og barnet hvis hun avviser han.

Per er etter hvert ute av fengsel, men har fått 8 mnd besøksforbud for at det skal bli lettere for politiet å beskytte Tove. Men han vil være pappa og forlanger samvær med sønnen. Tove nekter både samvær og besøk på annet grunnlag, men til tross for besøksforbudet oppsøker han Tove i hennes nye hjem flere ganger. Tove melder fra til politiet, i tillegg bli Kriminalomsorg i frihet (KIF) og Alternativ til vold (ATV) koblet inn som samarbeidspartnere for teamet. Per får tilbud på ATV som han etter hvert takker ja til.

Samværsretten, og problematikken rundt den voldelige barnefaren blir mye diskutert i teamet. Tove støttes i å avvise sin tidligere kjæreste, samtidig går helsesøster inn som tilrettelegger for et trygt samvær mellom far og sønn. Per får tilbud om å se sønnen sin til avtalte tider i familiesenteret, under forutsetning av at han er rusfri og at helsesøster er til stede i stedet for Tove. Hun skal slippe å være med på samværene til hun føler seg trygg. Men Per klarer ikke å være rusfri, slik at det ikke blir noe av samværene i familiesenteret. Interessen for samvær er også svekket av at han ikke får treffe Tove sammen med sønnen. Han prøver fortsatt å presse henne til å treffe han, og Tove er samtidig under press fra Pers venner, hennes tidligere nettverk. De ringer og sender tekstmeldinger for å få kontakt og for å diskutere hennes avvisning av Per.

Babyen utvikler seg fint og følger sine vekstkurver. Pga en liten fysisk skjevutvikling blir han henvist til en fysioterapeut, som har tett samarbeid med familiesenteret. Hun tiltrer teamet, og tilbakemeldingene fra henne har stor betydning for oppfølgingen av barnet, både hjemme og i familiesenteret. Men Tove merker at hun blir urolig og stresset av den tidligere kjærestens pågang og trusler, og at dette også påvirker babyen. Han blir da urolig og sover dårligere. Også de andre i teamet merker dette, og Tove får støtte på at hun kan be om mer hjelp. Hun får også tilbud om å delta i en gruppe sammen med to andre småbarnsmødre med psykososiale problemer. Gruppa møtes hver 14. dag og drives av en psykolog fra BUP og en helsesøster. Mødrene vet godt hva som er bra for dem og barna, men de trenger mulighet for refleksjon over vanskelige valg og støtte til gjennomføring. Gruppeamtalene styres av brukernes behov, er ressursorientert, og har ofte temaer som samspill mor/barn, våre mødre og familiehistorien, regulering av barns behov og aktiviteter, osv. Det legges vekt på vekst og utvikling for deltakerne. Som utgangspunkt for individuell rådgivning observerer gruppelederne deltakerne og barna deres. Tove har stor nytte av sin deltakelse i gruppa, både observasjonene, av refleksjoner og diskusjoner i gruppa og den individuelle oppfølgingen. Helsesøster har hovedansvar for dette, ved hjelp av telefon, SMS og hjemmebesøk. Tove møter også på familiesenterets åpen barnehage og i en vanlig barselgruppe for nybakte foreldre, der nettverksbygging er sentralt.

Tove ønsker også barneverntjenestens hjelp til å nekte Per samvær med sønnen, hun ønsker en erklæring på at samvær i hjemmet vil være skadelig for både henne og barnet. Tove har en venninne som hadde fått slik hjelp tidligere i en annen kommune, og hun tror at Per vil godta barnevernets myndighetsrolle og argumentasjon, i hvert fall for en stund. En slik erklæring kan også brukes i en evt rettsak mellom henne og Per, dersom de ikke kan finne en løsning. Men barneverntjenesten ønsker ikke å gi slik hjelp uten at Tove blir meldt til barnevernet pga bekymring for barnets omsorgssituasjon. Da en slik melding var uaktuell, den passer dessuten dårlig inn i teamets arbeidsform, ble det til at kontaktpersonen gikk ut av teamet. Barneverntjenesten kunne ikke se sin rolle med å forebygge omsorgsvikt av barnet. Tove fikk igjen bekreftet sin tro på at barneverntjenesten ikke kunne støtte i vanskelige situasjoner.

I stedet for barnevernet blir det til at BUP er fleksibel og tiltrer teamet. De tilbyr å ta en grundig utredning av barnet, ettersom Tove er redd for at han skal ta skade av alt stresset med Per og hans stadige krav om samvær. Utviklingsrapporten er ikke ferdig når dette skrives.

Etter ett års arbeid er teamets evaluering som følger:

Tove har klart å velge bort en voldelig kjæreste og barnefar. Hun har fått en sunn baby, tillit til hjelpeapparatet og har begynt å legge planer for å fullføre skolegang og skaffe seg en utdanning. Hun vil søke barnet i barnehage og skaffe seg et nytt nettverk, men ser at hun kanskje må flytte for å få til et totalt miljøskifte. Tove uttrykker stadig at familiesenteret har vært hennes redning og trygghet siden hun møtte jordmor for første gang. Til tross for at barneverntjenesten ikke er med, oppsummerer teamet sitt samarbeid som vellykket. Det poengteres at ingen av tjenestene kunne gitt den nødvendige hjelpen hver for seg uten samhandling. Det som virker er tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning i fellesskap.

6.4.4 Refleksjoner

Historien viser hvor viktig tverrfaglig team og tverretattlig samarbeid er for å hjelpe voldsutsatte kvinner og barna deres. Den viser også en av utfordringene ved teamarbeid på brukerens premisser: fleksibilitet og vilje til å jobbe annerledes enn "normalt". I dette tilfellet ba Tove barneverntjenesten om en erklæring som hun mente ville virke konfliktdempende på Per, og føre til en midlertidig løsning på samværsproblematikken. Hun hadde hørt at dette ble gjort i en annen kommune. Barneverntjenesten har en viktig rolle i samarbeidsaker der familievold er tema, de burde derfor vært med i støttearbeidet rundt Tove og barnet⁵⁰. Hittil har arbeidet likevel vært vellykket fordi de andre medlemmene har vist en profesjonell fleksibilitet som til dels har veid opp for barneverntjenestens fravær. Barneverntjenesten har ikke fått ordet i denne fortellingen, anmodningen om en historie fra familiesenterets praksis har gått til prosjektlederne, som har formidler den videre til teamet.

⁵⁰ Tjenestebegrepet ble innført med den seneste barnevernloven (1992) for nettopp å komme tidlig inn med å forebygge omsorgssvikt i stedet for å forebygge omsorgsovertakelser, slik barnevernloven før denne var opptatt av.

7 Familiesentret og brukerne

Det foreligger rapporter fra sentral prosjektleder og fra de lokale prosjektlederne som beskriver de tilbudene sentrene har etablert i familiesenterets tre ”etasjer”. I tillegg har enkelte av rapportene gitt gode beskrivelser av utfordringene og løsningene knyttet til selve endringsprosessen. Disse gjentas ikke her, da alle rapportene er tilgjengelig. I stedet vil denne rapporten supplere leserens forståelse av familiesenterets arbeid med en hverdagsbeskrivelse fra innsiden. Den er oversatt fra det svenske folkehelseinstituttets beskrivelse av en hverdag i Familiecentralen⁵¹, men tilpasset norske forhold. Justeringene er foretatt på grunnlag av evaluators observasjoner og samtaler ved besøk i familiesentrene. Ingen av sentrene i familiesenterprosjektet er akkurat lik denne beskrivelsen, men svært mange elementer var på plass da undersøkelsen ble gjort omtrent halvveis i forsøksperioden. I tillegg presenteres tre brukerfortellinger som eksempler på hvordan kommunens nye tilbud kan oppleves.

7.1 En hverdag i familiesentret

I entreen står barnevognene på rad og rekke langs veggen, en pappa prøver å få plass til enda en. Noen av foreldrene fra en av foreldregruppene står og prater, andre går forbi til en avtale med helsesøster, familierådgiver eller en av de andre fagfolkene tilknyttet senteret. Tre barn jager hverandre rundt omkring under glade hyl. Jordmor, som er på vei til sin mottakelse, stopper og prater med en liten gutt som storøyd står og ser på de støyende barna. En mamma har akkurat fått av seg og sine to små barn ytterklærne og går inn i den åpne barnehagen. Gutten springer vant fram til bordet der de litt større barna sitter og leker med leire. Mammaen vinker til førskolelæreren i puterommet, der hun og familieveilederen fra barnevernet sitter på golvet og prater med foreldrene til de minste barna. I kjøkkenet holder tre foreldre på med å forberede ukens store høydepunkt, dvs felleslunsjen for besøkende foreldre med barn og familiesenterets personale.

Noen relativt nylig innflyttede mødre fra andre land får hjelp med norskundervisningen av spesialpedagogen fra PP-tjenesten. De passer på å møtes jevnlig når barna kan være i åpen barnehage. En av førskolelærerne hilser en nybakt mor velkommen. Hun kommer til sitt første besøk på helsestasjonen, fulgt av sin helsesøster. Gjennom helsesøstrenes system for foreldre-rapportering (Parenting Stress Index) har de sammen funnet ut at hun er deprimert, og at hun i mangel av en støttende familie trenger ekstra støtte fra senteret. Førskolelæreren viser henne rundt i lokalene, der det nå hersker en febrilsk aktivitet for å rydde til sangtimen, som kommer foran lunsjen. Foreldre og barn samler seg i en ring på golvet og førskolelæreren presenterer den nye moren for to andre mødre med barn på omtrent samme alder. Barnevernarbeideren er ferdig med sin gruppesamtale i puterommet og kommer innom for å hilse på den nye, og avtale et møte. I entreen støter hun på jordmoren, som forteller at hun nå har fått kontakt med enda en ung tenåringsmor, og derfor foreslår at de sammen skal lage en gruppe for tenåringsmødre.

Jordmor går videre til mottakelsen sin, der hun treffer en gravid kvinne som venter sitt tredje barn. Yngste-barnet på to år er med henne, fortsatt i fullt indianerkostyme fra åpen barnehage. Han pleier vanligvis å være i barnehagen mens hun treffer jordmor, men denne gangen nektet han. Han får lego å leke med ved barnebordet mens han venter på moren. Kvinnen tar opp at det er så slitsomt med søskensjalousi mellom de to barna hun allerede har, og hun er bekymret for hvordan det skal bli med en ny baby i familien. Hun etterspør noen som kan forelese om dette. Jordmor synes det er en god idé og sier at hun skal få til et slikt arrangement. Det er flere som ønsker et slikt tema på sentrets diskusjonsdager. I mellomtiden får kvinnen låne en video om søskensjalousi. På helsestasjonen er formiddagsmottakelsen snart slutt. Legen har akkurat dratt etter at han har vært innom åpen barnehage for å snakke med en pappa om en henvisning til øyelege for en av ungene hans.

⁵¹ Eva Gärdsmo Pettersson och Gisela Zeime: At verka tillsammans – en bok om familjecentraler. Text av. Folkhälsoinstitutet 2000:10

Ved lunsjen samles alle i åpen barnehage for å spise sammen. Nesten alle ansatte er til stede sammen med en stor gruppe (30) foreldre og barn. Mens de spiser går praten om hva som går på kino, våkenetter, spisevegring og hvordan man får tak i gode og billige barneklær. Lydnivået er høyt og små klebrige fingre ber stadig om oppmerksomhet. Men maten og stemningen er god, og alle kjenner seg beriket av matstunden. Etter lunsj begynner familiene å rydde for å begi seg på hjemveien. Også helsesøster og jordmor drar ut, de skal på et par felles hjemmebesøk. Foreldreveilederen gjør unna noe papirarbeid mens hun venter på å forelese på foreldreutdanningen sammen med familierådgiveren ved senteret. På slutten av dagen har hun fellessamtale med BUP-psykologen og tre unge jenter som hun har fast oppfølging med etter skoletid. Fysioterapeuten ankommer familiesenteret for å forberede seg til gruppen med babymassasje.

7.2 Brukerundersøkelsen

Som tidligere nevnt har brukerundersøkelsen bestått av to deler, en fellessamtale av brukere av åpen barnehage, samt individuelle intervju med brukere av tverrfaglig team.

7.2.1 Åpen barnehage

Alle var entydig fornøyd og begeistret, ungene gleder seg til å gå dit. Foreldrene begrunnet meningen med at åpen barnehage:

- Motvirker isolasjon, fordi det er mulig å møtes uten at det koster mer enn kaffepenger.
- Gir ungene flere typer stimulering gjennom sang og formingsaktiviteter, og de får sosial trening gjennom å treffe både andre barn og voksne.
- Gir foreldrekompetanse.
- Øker tilgjengelighet til helsesøster og andre fagfolk.

En ung mor med behov for regelmessig støtte sa at den åpne barnehagen var mye bedre egnet til observasjon og rådgivning enn tradisjonell helsestasjonskontroll. Når hun var urolig for barnet sitt, kunne helsesøster og førskolelæreren vurdere både barnet og henne i en naturlig sammenheng, der de spiste og lekte sammen med andre barn og foreldre. På helsestasjonen fikk hun ikke barnet til å vise fram det hun var urolig for.

Videre ville alle informantene bruke familiesenterets ansatte dersom de skulle bli bekymret for ungene sine. Ca halvparten vil bruke også dem ved familieproblemer, men den andre halvparten synes hjelperne i senteret blir for nære til at de vil røpe "familiehemmeligheter". De vil heller bruke slekt/venner eller oppsøke et fjernere familievernkontor av anonymitetshensyn. Informanter med innvandrerbakgrunn stilte seg uforstående til at profesjonelle utenfor familien kunne gi hjelp med familieproblemer. De ville snakke med ektefellen eller andre kvinner i familien. Ingen ga uttrykk for at familiesenteret kan bistå i nærmiljø- og nabokonflikter.

7.2.2 Tre eksempler fra tverrfaglig samarbeid.

For å illustrere hvordan det tverrfaglige familiesenteret skiller seg fra tradisjonelt hjelpeapparat presenteres tre brukerfortellinger, som gir noen glimt inn i familiesenterets arbeid. De er konstruert med utgangspunkt i datamaterialet fra evaluators intervju/samtaler med brukere av tverrfaglige team/flerfaglige tjenester. Ingen av "personene" er helt autentiske med informanter i undersøkelsen, men satt sammen av materiale fra flere intervju. Der kontekstbeskrivelsene var mangelfull, har evaluator supplert med egen fagkunnskap fra liknende saker. Historiene er kvalitetssikret ved at prosjektlederne har lest igjennom historiene og bekreftet at historiene til både "Eva", "Gro" og "Ali" kunne vært sanne.

Eva forteller

Jeg kom i kontakt med familiesenteret for et halvt år siden. Moren min ringte og bestilt en akutt-time fordi hun mente at det var på tide at noen andre enn henne tok ansvar for meg og datteren min, Trine på tre år. Hun mente at jeg trengte noen å snakke med, kanskje noen piller, og dessuten avlastning. Trine hadde ofte raserianfall på dagen og sov nesten ikke på nettene. Det gjorde meg sinnsyk av mangel på søvn, og ganske irritabel, spesielt på Trine. I tillegg hadde jeg mine personlige ting å slite med, en forferdelig skyldfølelse fordi faren til Trine tok livet sitt noen uker i forveien. Forholdet vårt var slutt for lenge siden, men det var på grunn av meg at han fikk så store problemer at han tok livet sitt. Jeg kasta han ut fordi jeg syntes at han drakk for mye til at vi hadde ansvar for en liten unge. Jeg gråt masse, fikk ikke sove, og ble veldig sliten. Heldigvis var jeg arbeidsledig, så jeg slapp å tenke at jeg måtte på jobb. Moren min passet Trine nesten hver helg, men hun har selv mye å slite med ettersom hun også er enslig mor og attpåtil en jobb å passe. Hun har aleneansvar for to av småbrødrene mine, som ennå bor hjemme. Han ene har i tillegg begynt å ruse seg en del, så hun er bekymret for han også, ikke bare meg.

Jeg hadde egentlig ikke lyst til å ha kontakt med hjelpeapparatet, men samtykket i at moren min bestilte den timen. Skjønte at det ikke gikk lenger, at det ikke var nok med hjelp fra familien. Jeg var redd for å få skylda for at Trine var så vanskelig, og lurte på om de ville forstå at jeg hadde slått og ristet henne noen ganger når jeg var veldig fortvilet. Men jeg var aller mest redd for at de ikke ville forstå meg, så jeg var glad da moren min ble bedt om å bli med på den første del av samtalen. Det gjorde meg tryggere på hva som var sagt og avtalt fra før. Før vi skulle dit fikk jeg også telefon fra Tove, hun som skulle være min kontaktperson. Det var veldig ok, for da slapp jeg å spekulere på hvem jeg skulle møte og hva de skulle gjøre med meg. Hun skjønte at jeg var redd for alt sammen og sa at familiesenteret ikke gjorde noe med folk uten at de selv ville, dvs at arbeidet til de ansatte tok utgangspunkt i et samarbeid der jeg var den viktigste. Hun sa også at fagfolkene på familiesenteret vanligvis jobbet sammen i en arbeidsgruppe, et team, der også jeg skulle være med. Hennes jobb var å samle og koordinere gruppa, men det var jeg som var sjefen. Sammen skulle vi bestemme hva det skulle jobbes med og hvem som skulle gjøre jobben sammen med hvem.

Tove er visst psykiatrisk sykepleier. Jeg traff henne alene en gang før vi hadde møte med en familieveileder, som skulle hjelpe meg med Trine. På det møtet var det også en fysioterapeut, som skulle hjelpe meg med å komme raskest mulig i form. Jeg var jo stiv over alt og syntes det var herlig å bli knadd på før jeg hadde samtaler med Tove. Familieveilederen, Mette, kom hjem til meg en til to ganger i uka der vi jobbet med noe hun kalte Marte Meo. Hun hadde med kamera og filmet meg sammen med Trine. Etterpå snakket vi sammen om det som skjedde og jeg fikk mye ros. I tillegg snakket vi sammen på familiesenteret, der hun lærte meg masse om barns behov for trygghet, om barneoppdragelse og masse annet. Hun inviterte meg til den åpne barnehagen, som har åpen to ganger i uka. Det var litt skummelt til å begynne med, men Trine elsket å være der sammen med de andre ungene fra første dag. Nå synes jeg det er veldig koselig å være sammen med de andre mødrene og ungene. Vi snakker om alt mulig og spiser, synger og driver med formingsaktiviteter sammen med ungene. En veldig trivelig førskolelærer er der hele tiden, og i tillegg kommer Mette innom av og til sammen med helsesøster. Vi kan alltid ta opp det vi lurte på når det gjelder ungene. I tillegg kjører de temakvelder der vi lærer om "det sinte barnet", om barn som ikke vil sove, og sånne ting.

Nå har jeg hatt kontakt med familiesenteret i litt mer enn et halvt år, og livet mitt har blitt helt annerledes. Har avsluttet den individuelle kontakten med både Tove, fysioterapeuten og Mette, men vi treffes jo på familiesenteret av og til. Samarbeidsgruppa mi hadde møte med trygdekantoret og sosialkontoret, og nå ser det ut til at jeg får både utdanningsstønad og barnehageplass til Trine. Hun har blitt så fin at jeg ikke trenger annen avlastning enn at moren min sitter barnevakt av og til. Samarbeidet med Mette tok bare noen

uker før hun sluttet med raserianfall, og nå sover hun gjennom de fleste nettene. I hvert fall sier Mette at alt normalt. Det sier også en av de andre mødrene på familiesenteret. Hun bor i nærheten av meg, så vi treffes rett som det er utenom den åpne barnehagen. Hun er også enslig mor med behov for noen å prate med. Vi snakker masse om ungene våre og sitter barnevakt for hverandre når vi trenger det.

Gro forteller

Jeg fikk kontakt med Sissel på familiesenteret gjennom barnevernet. De hjalp meg med å bli kvitt samboeren min. Torleif var psykopat, det er jeg sikker på. Det var tøft å gå i gjennom den prosessen, men nødvendig, for han var skadelig for ungene. Jeg så jo at de begynte å bli engstelige, og angst kan jeg alt om. Torleif kranglet og laget bråk hele tiden. Så begynte han å slå meg, men da var det slutt, jeg kjenner jo typen gjennom faren min, han var nokså lik. Heldigvis eide vi nesten ingenting sammen, og jeg hadde leiekontrakten til den kommunale leiligheten, så jeg slapp husjakt og den slags. Vi slapp også en konfliktfylt skilsmisse, for vi var ikke gift, men han laget helvete for meg lenge etter at jeg fikk barnevern og politi til å kaste han ut. Så konflikter var det nok av, selv om vi bare var samboere. Og det er det fortsatt.

Jeg har to barn, Tom på åtte og Kristian på to år. Torleif er far til den yngste. Han terroriserer meg med å kreve omsorgen for gutten, selv om han aldri tok noe ansvar når vi bodde sammen. Barnevernet støtter meg i at ungen skal bo hos meg, så den kampen skal han ikke vinne, men han har samvær hver lørdag ettermiddag. Advokaten min sier at jeg må tåle det, selv om jeg er nervøs hver gang ungen er hos faren. Heldigvis er samværene korte og Kristian ser ikke ut til å ha det vondt, det blir kanskje verre når han blir eldre og skjønner mer av hva slags far han har. Faren til Tom er heldigvis en ok person, men han bor i en annen landsdel og kan ikke stille så mye opp for sønnen sin.

Nå er jeg enslig mor igjen, men jeg klarer meg stort sett bra økonomisk med morstrygd, kontantstøtte og litt bostøtte. Når Kristian blir større må jeg kanskje på attføring igjen, eller kanskje jeg kan få uføretrygd, men vi skal nok klare oss. I perioder har jeg så mye angst at jeg ikke kan gå ut av huset, men det er på grunn av ungene at jeg har kontakt med familiesenteret. Sissel er familieveileder, hun er veldig trivelig, og hun kommer på besøk hver uke. I tillegg vil hun at jeg skal ta med meg Kristian i åpen barnehage. Men jeg går ikke dit, enda i hvert fall, jeg vil ikke sammenlikne ungene mine med andres unger og jeg vil heller ikke bli sammenliknet med andre mødre.

Jeg har hatt masse med hjelpeapparatet å gjøre siden Tom begynte på skolen. Da han var mindre fikk jeg ekstra oppfølging av helsesøster og en henvisning til PPT fordi han ikke lærte å snakke så bra som andre unger. Men det ble aldri noe av den logopeden de snakket om skulle hjelpe han. Nå har han ADHD, og han kan fortsatt ikke snakke ordentlig, så han blir mobbet på skolen. Hjemme er det ikke noe problem, vi skjønner godt hva han sier. Heldigvis har han en fantastisk klasselærer som virkelig bryr seg om oss, jeg vet fra venninnene mine at man kan være ganske uheldig med lærer. Jeg har stadig møter med henne, og vi har nesten daglig telefonkontakt. Det siste året har vi også fått kontakt med PPT, som endelig utredet han, og med en logoped, som jobber i skolen. Jeg har også kontakt med barneverntjenesten, det var klasselæreren som ordnet kontakt dit etter at jeg hadde fortalt henne om Torleif. Nå er Tom i tillegg henvist til BUP, fordi han er så trist pga den mobbingen. Kanskje det også har noe med Torleif å gjøre, jeg vet ikke helt. Jeg skjønner ikke helt hvorfor han må snakke med enda en ny voksen fordi han er trist, skulle ønske at Sissel eller læreren eller noen han kjenner kan ta de samtale. For min egen del har jeg mye kontakt med fastlegen min og trygdekantoret, i perioder også med distriktpsikiatrisk senter, der jeg går til samtaler med psykolog. Det hjelper i grunnen ikke så mye, angsten er nå der uansett, men jeg får medisiner i de dårlige periodene, og det er greit nok å sortere hendelser i livet sammen med en fagperson. Jeg

har flere venninner som er fin å prate med, men de jatter mest med meg og gir meg ikke så mye motstand at jeg får nye tanker.

Sissel har nå laget en samarbeidsgruppe av alle fagfolkene, der jeg er deltaker. Det var en lettelse å slippe å gå på så mange møter, men det er ganske tøft å delta på et sånt stormøte også. Foreløpig har vi bare hatt ett, men det skal holdes to ganger i året. I tillegg har vi en liten samarbeidsgruppe, som består av meg, Sissel og barnevernet. Vi har laget opplegg hjemme for å stimulere språket til ungene, Tom har fått en støttekontakt og vi har blitt enig om at jeg skal søke Kristian inn i barnehagen. Jeg vil ikke at han skal få de samme problemene som storebroren. Pga angsten min ville jeg ikke ha barnehageplass til Tom, dyrt var det også. Men nå skal barnevernet ordne med henting og bringing i de periodene jeg ikke klarer å gå ut. De skal også betale for barnehageplassen, så jeg slipper å miste kontantstøtten. Jeg har også tilbud om helgeavlastning, men det trenger jeg ikke nå når Kristian skal gå i barnehage. Da får jeg tid til meg selv på dagen. Dessuten er han for liten, kanskje vi takker ja til det når han blir litt eldre.

Ali forteller

Jeg har en sønn på seks år med sen språkutvikling, Karim. Vi fikk kontakt med familiesenteret fordi jeg tok gutten min ut av en vanlig barnehage, som hjelpeapparatet hadde skaffet til oss. Helsesøster henviste Karim for vel ett år siden til logoped ved PPT, som mente at han måtte gå i barnehage for å få hjelp til bedre språkutvikling. Han var der i nesten ett år for å få språktrening, men det hjalp lite og jeg måtte ta han ut derfra fordi han vantrivdes så forferdelig. Han ble syk av å være der. Når han kom hjem om ettermiddagen var han så sliten at han sovnet ved middagsbordet, mange ganger sov han helt til neste morgen uten at vi klarte å få mat i han. Han lærte ingen ting fordi han ikke hadde det bra. Men det verste var at han ble så ulykkelig. Jeg ble sint og tok flere ganger opp problemene med personalet i barnehagen, men det ble ikke bedre. Da klaget jeg til administrasjonen og til PP-tjenesten, men heller ikke de kunne gjøre noe, det ble i hvert fall aldri bedre. Det var fryktelig, for min kone og jeg ville jo at gutten skulle lære å snakke før han begynner på skolen. Det er viktig for å unngå mobbing. Og jeg liker ikke å klage på norske myndigheter, som innvandrere skal man være forsiktig med sånt, det er lett å bli oppfattet som bråkmaker.

Karim kom seg heldigvis fort etter at han slapp å gå i barnehagen, men han hadde jo fortsatt et språkproblem som han måtte få hjelp med. Hjemme i familien fungerer han fint, bortsett fra språket. Min kone og jeg har fire barn, men ingen av de andre har det samme problemet. Karim er eldst, så han kan ikke lære så mye av de andre. Vi hadde akkurat bestemt oss for å reise tilbake til hjemlandet for at gutten skulle få hjelp, da noen venner fortalte om familiesenteret og barnehagen her. Vi tilhører ikke denne bydelen, men min kone drar likevel dit flere dager i uka sammen med alle fire barna. Her trives de, de leker, spiser og treffer venner og kjente, både norske, folk fra vårt hjemland og andre innvandrere. Både Karim og søsknene leker med andre barn her, mange av dem er norske. Den flotte er at lederen for barnehagen tar seg spesielt av Karim, hver eneste dag. De synger og de trener på ord og setninger på norsk. Også min kone får opplæring i øvelser som vi kan drive med hjemme, både på norsk og på vårt språk. Logopeden fra PP-tjenesten har begynt å komme hit nå, jeg tror hun gir støtte til barnehagelederen. Språket har blitt mye bedre denne vinteren, og alle har det bra nå, så vi slipper å flytte pga et vanskelig hjelpeapparat. En annen fin ting med familiesenteret er at min kone trives så mye bedre enn før. Hun har alltid hatt god kontakt med sine søstre som bor i nærheten, men nå har hun også fått mange nye venninner utenom familien. Noen av disse er også norske, og hun er veldig fornøyd med at hun kan snakke med dem om norsk barneoppdragelse og hva som forventes av barn i den norske skolen. Familiesenteret og folkene der er spesielle. De er nære og folkelige med stor respekt for andre.

8 Familiesenteret - en tverrfaglig hule i et flerfaglig landskap?

Denne studien viser at familiesentermodellen er vellykket i den forstand at den har gitt et mer tilgjengelig tilbud til brukere med risiko for å utvikle psykososial problematikk. De ansatte i familiesentrene rapporterer om at tverrfaglighet og brukermedvirkning bidrar til profesjonell trygghet og fleksibilitet. Fagfolkene forstår og tør mer, dvs både å se og å handle, når de slipper å ta ansvar alene. Faglig ensomhet er et tilbakelagt stadium for deltakerne i familiesenteret, og ny tverrfaglig metodikk er under utvikling. Familiesenteret gir en modell for utvikling av "best-practice" når det gjelder tverrfaglig samarbeid på brukernes premisser.

Også brukerne er svært fornøyd. Brukerne av åpen barnehage, der flertallet er småbarnsmødre i omsorgspermisjon og/eller med kontantstøtte, berømmer familiesenterets tilgjengelighet og nettverksbyggende effekt. De legger også vekt på at de har lært betydningen av å stimulere ungene sine tidlig. Innvandrereforeldre rapporterer om gleden ved og nytteverdien av å lære norsk kultur og barneoppdragelse sammen med barna sine, og poengterer at dette gjør skolestarten enklere for alle parter. Brukere med omfattende og sammensatte behov, rapporterer om at det tverrfaglige teamet bidrar til at de nå slipper å bruke krefter på å koordinere et vanskelig tilgjengelig hjelpeapparat. De får raskere og en mer helhetlig hjelp med omfattende problemer og kan konsentrere ressursene sine om å skape endring for seg og sine. Flere legger vekt på at familiesenteret representerer et nytt og annerledes "klima" innen hjelpesystemet, ved at det bygger på respekt og reell brukermedvirkning.

Barn av foreldre med psykiske problemer som angst og depresjon har vært en viktig målgruppe for sentrene. Risikofamilier og barn, som tidligere ikke var syke eller problematiske nok for barnevern, PPT og BUP, får nå tverrfaglig hjelp, både gjennom familiesenteret og fra de andre tjenestene. Et respektfullt klima har sammen med tryggere helsesøstre også påvirket mødrenes selvrappotering om problemer. Dette har bl.a. ført til tidligere oppdaging og håndtering av familievold enn det som var vanlig, da tjenestene i beste fall meldte eller henviste til hverandre. Et av sentrene har jobbet systematisk med tillitsbygging overfor og samarbeid sammen med mødre som utsettes for familievold. Tverrfaglig og tverretattlig støtte bidrar til at flere mødre mestrer å stå i det enorme presset som oppstår når de melder mishandling til politiet og går ut av det skadelige forholdet. Erfaringene herfra er viktig for utvikling av ny metodikk på dette vanskelige området.

8.1 Ringvirkninger i fagfeltet

Det er ingen tvil om at familiesenteret har vist seg som et effektivt virkemiddel til å skape bedre tilgjengelighet gjennom tverrfaglighet og brukermedvirkning. Aktørene rapporterer både om endret profesjons- og brukerforståelse og om utvikling av ny metodikk som gir positive virkninger for brukerne av familiesenteret. Tidlig og bedre hjelp bekreftes også av brukere. Evalueringen kan derfor konkludere med at familiesentermodellen har vist seg som et godt tiltak for å nå sentrale mål i Opptappingsplanen for psykisk helse, i hvert fall på kort sikt. Men er dette nok til å skape endringer som utgjør en merkbar forskjell i hele tjenestesystemet? Vil i det hele tatt familiesenteret kunne bestå som tverretattlig samarbeidsarena uten at de andre tjenestene i hjelpesystemet endrer sin forståelse av *tilgjengelighet, brukermedvirkning og profesjonell fleksibilitet*?

Det vil alltid finnes motstand mot krav til forandringer som endrer maktforhold mellom fagfolk, og mellom fagfolk og brukere av profesjonelle tjenester. For mange er nytenkning en stor utfordring og status quo det mest behagelige. I denne studien begrunnes motstand mot å fokusere på forebygging gjerne med faglig uenighet om prioriteringer. Evalueringen viser at konservative fagfolk gjerne vil konsentrere seg om "de egentlige" ⁵² oppgavene for tjenesten. Begrunnelsen er at det i en tid med økende krav til effekt og evidens

⁵² Begrepet er hentet fra diskusjonene det første prosjektåret da flere av aktørene fant det vanskelig å prioritere forebygging. Begrunnelsen var at arbeidspresset var så stort at de måtte prioritere barna i den andre enden av tiltakskjeden. Motstanden kan også settes sammenheng med utfordringen ved å tenke nytt og behovet for å beholde egen profesjonsmakt.

blir vanskelig å prioritere helsefremmende og forebyggende arbeid, som det kan være vanskelig å dokumentere virkninger av. Flere mener også at tverrfaglig samarbeid og profesjonell fleksibilitet handler mer om ressurser enn om profesjonelle holdninger. En konsekvens av denne forståelsen ble at flere tjenester stilte seg avventende til familiesenterdeltakelse i hele prosjektperioden, og at dette ble tillatt av tjenesteeier. Evalueringen har derfor stilt spørsmål ved om familiesenteret har blitt en tverrfaglig ”øy” i et flerfaglig⁵³ landskap, eller om det er slik at familiesenterets praksis og kunnskapsutvikling har bidratt til en ny forståelse i hele hjelpesystemet med ansvar for psykososial problematikk.

8.1.1 Forskjell mellom tjenester

Undersøkelsen, som var rettet mot helsesøstertjenesten, PP-tjenesten, barneverntjenesten og BUP, viste store forskjeller mellom tjenestene. Ny forståelse var i stor grad knyttet til selve deltakelsen i prosjektet, om informantene hadde et ”eierforhold” til familiesenteret og implisitt kunnskap om resultater av modellen. Alle de kommunale tjenestene hadde forankret sin deltakelse i familiesenterforsøket i politiske vedtak, men det ble likevel overlatt til tjenestelederne å bestemme om, når og hvordan de skulle delta. Deltakelsen ble derfor avhengig av ledernes og de øvrige fagfolkenes forståelse av reformen for psykisk helse (opptrappingsplanen), om og på hvilken måte de mente at denne angikk deres fagområde eller ikke. BUPens forståelse og deltakelse var ennå mer tilfeldig organisert, ettersom prosjektet ikke hadde etterspurt en samarbeidsavtale mellom spesialisttjenesten/helseforetaket og forsøkskommunen/familiesenterprosjektet.

Helsesøstertjenesten

Helsesøstertjenesten oppfattet Opptrappingsplanen for psykisk helse som viktig for sin virksomhet. I alle forsøkskommunene deltok tjenesten i prosjektet fra første dag, flere av prosjektledere kom også fra denne tjenesten. I evalueringen viste alle entydig begeistring for familiesentermodellen. De begrunnet dette med at helsesøsterprofesjonen hadde vunnet mye på den tverrfaglige metodeutviklingen. Tjenesten hadde god tilgjengelighet fra før, endringen handlet om at det nære samarbeidet med andre tjenester og profesjoner hadde gitt helsesøstrene et bredere forebyggingsperspektiv og bedre kunnskaper om risikofaktorer. Der barneverntjenesten og/eller PPT og BUP deltok, førte det faglige fellesskapet til økt kompetanse på forebygging av stressfaktorer som medvirker til utvikling av psykososiale problemer. Helsesøstrene mente at dette hadde ført til en handlingskompetanse som de tidligere hadde savnet, både alene og i de tverrfaglige teamene, der profesjonell fleksibilitet var et mål. Men denne fagutviklingen hadde likevel ikke ført til at de øvrige helsestasjonene i de største kommunene hadde innført nye måter

å jobbe på. Dette kan settes i sammenheng med at familiesenterets positive erfaringer ikke var godt nok kjent blant de andre helsesøstrene og at de manglet den organisatoriske tilretteleggingen og konteksten som familiesenteret gir. Med etablering av familiesenter i alle helsestasjonsområder, vil alle få samme rammebetingelser.

Barneverntjenesten

Barneverntjenesten var entydig positiv i sin omtale av familiesentermodellen. Alle seks deltok på ulike vis tidlig i prosjektperioden. De var gjerne med i styringsgruppa, flere ga også en stillingsandel til foreldreveiledning i familiesenteret for å øke tilgjengeligheten. Noen av foreldreveilederne var Marte Meo-terapeuter eller under opplæring som dette. De mest positive framstilte familiesenteret nærmest som barnevernets ”missing link” til kommunens primærforebyggende nivå, og begrunnet dette med at flere barn fikk hjelp tidligere enn før. Men til tross for at de fleste inngrepskriteriene etter barneverntjenesteloven er knyttet til barnets helsetilstand, ble ikke Opptrappingsplanen for psykisk helse oppfattet som sentral for tjenestens virksomhet. Deltakelsen ble snarere satt i sammenheng med NOU 2000:12 Om barnevernet i Norge, som påpeker behovet for et utvidet helseperspektiv sammen med sosialpedagogiske arbeidsformer for å fore-

⁵³ Med flerfaglig menes parallelle tjenester ved siden av hverandre som krever henvisning / melding til hverandre og som koordineres av brukerne.

bygge omsorgssvikt og mishandling.

Det meste av barneverntjenestens forebyggingsarbeid skjer utenfor familiesenteret (§ 4 – 4)⁵⁴. Informantene mente at de hovedsakelig lot brukerne medvirke så langt det var mulig⁵⁵. Da tjenestens myndighetsrolle ble oppfattet som en begrensning for reell brukermedvirkning, handlet denne mest om ”høring”, medvirkningens laveste nivå. Det var vanskelig å få eksempler på at det ble utarbeidet felles mål for endring sammen med brukerne, og at disse var grunnlaget for evalueringen av arbeidet. En fleksibel profesjonalitet der utredninger ble gjort i fellesskap med PPT og BUP var heller ikke framtreddende. Alle poengterte et stadig økende press på barneverntjenesten, men selv informanter som deltok aktivt i familiesenteret etterlyste flere meldinger i stedet for en enda sterkere innsats på den tverrfaglig forebyggende siden av tiltakskjeden.

PP-tjenesten

PP-tjenesten var ikke like positiv til familiesenterdeltakelse fra starten. Også her ble Opptrappingsplanen for psykisk helse opplevd som fremmed og lite relevant. PP-tjenesten benytter begrepet sosioemosjonelle problemer/læreversker i stedet for psykososiale problemer. Bare halvparten av PP-tjenestene deltok aktivt i familiesenteret i løpet av prosjektperioden. En kommune forklarte dette med flere langtidssykemeldte i en liten og sårbar organisasjon, andre mente at de i løpet av prosjektperioden hadde for mye arbeid med omstilling og sentrale føringer for egen tjeneste. I nord ble også den interkommunale organiseringen av PP-tjenesten presentert som et hinder for deltakelse. Fagdepartementets føringer på å flytte fokus fra sakkyndighetsarbeid i forvaltningsaker til systemarbeid for å gi bedre læringsforhold til ungene, ble ikke automatisk koblet opp mot forebyggingssatsingen i familiesenteret. Også PP-tjenestens informanter mente hovedsakelig at de representerte et godt system for brukermedvirkning, men heller ikke disse ga eksempler på at tiltakene ble utformet og evaluert sammen med brukerne (barna og foreldrene deres). Tiltaksplanene (også individuelle læreplaner) framsto ikke som redskap for en planlagt endringsprosess der samarbeid var sentralt, men som planer for fagfolkenes virksomhet uavhengig av brukerne. De tre PP-tjenestene som deltok aktivt hadde fokus på at familiesenterets aktiviteter var en god arena for tidlig oppdaging av alle typer læreversker, slik at ungene kunne få tidlig hjelp. De deltok i tverrfaglig team og med pedagogiske ressurser på foreldrekurs og i individuell og gruppebasert veiledning / konsultasjon. Alle hadde tradisjon for teamarbeid knyttet til skoler og barnehager.

Poliklinikken for barn og unges psykiske helse (BUP)

BUP har Opptrappingsplanen for psykisk helse som en viktig sentral føring for omstilling av virksomheten til bedre kvalitet og kvantitet. Likevel var bare halvparten av BUPene aktive i forsøkskommunenenes familiesenter tidlig i prosjektperioden. Den fjerde poliklinikken kom med i slutfasen, mens de resterende opplevde at de fortsatt måtte prioritere klinikkens venteliste for behandling. Deltakelsen i familiesenteret var knyttet til klinikkens ulike forståelse av behovet for bedre tilgjengelighet og profesjonell fleksibilitet. Noen så ikke behovet for at spesialisttjenesten skulle være mer tilgjengelig, eller at barnas helsesituasjon kunne bli utredet i nært samarbeid med det kommunale tjenestesystemet. Men lederne i de deltakende BUPene oppfattet familiesenteret som en viktig arena for å oppdage psykososiale problemer og for å forebygge tilstander som på sikt kunne føre til henvisninger. Av disse ble også familiesenteret oppfattet som en viktig arena for å utvikle tverrfaglig kompetanse som også var nyttig i samarbeidet rundt barn og unge med behov for behandling på spesialistnivå. BUPs virksomhet i familiesenteret var knyttet til informasjonssamarbeid, foreldreveiledning, ulike typer gruppevirksomhet og teamdeltakelse eller veiledning av det tverrfaglige teamet.

⁵⁴ I henhold til barnevernstatistikken utgjør dette 70 – 80 % av alt barnevernsarbeid.

⁵⁵ Tolkningen er at barneverntjenesten definerte mulighetene, ikke brukerne.

8.1.2 Forskjell mellom kommuner

Det var også forskjell mellom kommuner basert på kommunens størrelse, både når det gjelder tilgjengelighet, tverrfaglig samarbeid/profesjonell fleksibilitet og brukermedvirkning. Store kommuner tenderer til å ha en mer oppsplittet og rigid forvaltning av tjenestesystemet, mens små og mellomstore kommuner tenderer til å være mer fleksible. Mange av dem har lange tradisjoner for tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, hovedsakelig fordi tjenestene har vært avhengig av hverandre pga faglig ensomhet⁵⁶. Små fagmiljø er mer sårbare overfor stillingsvakanser, men dette har også gjort de profesjonelle mer åpen for å finne praktiske løsninger med de ressursene som faktisk er tilgjengelige, både i kommunen, tjenestene og i brukernes nettverk. En annen viktig faktor er at fagfolk i små kommuner har mange synlige private og profesjonelle roller, som de vanskelig kan velge seg ut av. De kjenner derfor flere sider av brukernes liv enn de problemene som presenteres⁵⁷. Dette er forhold som kan skape fordommer, men de kan også skape tilgjengelighet og en langt bedre kontekstforståelse, ressurs- og helhetstenkning enn det som er vanlig i et mer oppsplittet system. De små og mellomstore kommunene i forsøket hadde derfor et fortrinn i endringsprosessen. Deres praksis og forvaltning av ressurser var allerede til dels i samsvar med Opptappingsplanen for psykisk helse og Strategiplanen for barn og unges psykiske helse. Forsøksprosjektet har likevel hatt stor betydning for vektlegging av helsefremmende og forebyggende arbeid, og for utvikling av tverrfaglig refleksjon og kompetanseheving. I en av de små kommunene vurderer familiesenteret alle henvendelser (meldinger) til barneverntjenesten for å vurdere om tverrfaglige lavterskeltilbud kan forebygge omsorgssvikt uten at meldingen fører til en "sak". På denne måten kan familiesenteret bidra til å redusere press på barneverntjenesten.

8.2 Konklusjoner

Evalueringen av familiesentrene viser at målene for prosjektarbeidet ble nådd. Forsøks-kommunene klarte å skape en arena for tverrfaglig, til dels også tverretatlig psykososialt arbeid med barn, unge og deres familier. I løpet av prosjektperioden ble det skapt et godt utgangspunkt for metodeutvikling på brukernes premisser. Forsøkskommunene har gjennom prosjektperioden kommet langt på vei når det gjelder implementering av verdier og mål for Opptappingsplanen for psykisk helse. Dette indikerer at reformarbeid realiseres når staten legger til rette for endring av forståelse gjennom kompetanseheving og utprøving av ny praksis.

Men grunnleggende endring tar lang tid. Politiske verdier adopteres ikke automatisk av de fagfolkene som skal iverksette reformene, og profesjonelle tjenester demokratiseres ikke av sentrale føringer alene. Da evalueringen startet var Opptappingsplanen for psykisk helse og Strategiplanen for barn og unges psykiske helse relativt dårlig kjent av fagfolk i helsetjenestene, og enda dårligere kjent i andre tjenester med ansvar for psykososial problematikk. PP- og barneverntjenesten har sine sentrale føringer fra andre fagdepartement. Studien viser at det selv med ekstra penger og engasjerte prosjektledere, tar mer enn tre år å endre profesjonell forståelse av tilgjengelighet, brukermedvirkning og profesjonell fleksibilitet. Dette gjelder både i det kommunale tjenestesystemet og i spesialisttjenestene med ansvar for støtteoppgaver. Implementering av store reformer, med konsekvenser for flere tjenester, bør derfor rette innsatsen mot hele tjenestesystemet. Eierne er en viktig målgruppe fordi økonomiske og organisatoriske betingelser gir rammene for den faglige virksomheten. Implementeringen bør av den grunn skje i nært samarbeid med alle aktuelle departement, ikke bare fagdepartementene, slik at staten ikke taler med flere tunger. Uklarheter og motstridende signaler bidrar til å komplisere omstillingen, og de skaper motstand mot reformer. Informantene i denne studien ønsker bedre koordinering av lovverk og sentrale føringer. En koordinert statsadministrasjon vil, sammen med brukerne og eierne av tjenestene, kunne bidra til et tilgjengelig og helhetlig tjenestesystem og en interaksjon med bedre balanse mellom profesjons- og brukermakt.

⁵⁶ Mangel på noen å reflektere sammen med slik at flere sider av saken blir belyst (Haugland 2000).

⁵⁷ Jfr Haugland 2000

Studien viser at familiesenteret skaper ny og etterlengtet praksis, særlig på områder som krever omfattende innsats. Men det er likevel grunn til å spørre om familiesenteret vil kunne bestå som samarbeidsarena hvis ikke hele tjenesteapparatet med ansvar for psykososial problematikk samtidig endrer sin profesjonsforståelse. Opptrappingsplanens ideologiske grunnlag vil bare kunne forankres i det profesjonelle tjenestesystemet gjennom vekselvirkningen mellom ny praksis og teori. Sosial- og helsedirektoratet har bevilget penger til nettverksarbeid i 2006. Dette vil gi bistand til nye kommuner som ønsker å etablere familiesenter. Men for å sikre en kunnskapsbasert praksisutvikling i familiesentrene bør prosjektet også ha ressurser til å evaluere og formidle denne. Det er derfor behov for at familiesenterprosjektet får leve videre i resten av reformperioden, som nå er utvidet til 2009. Da kan implementeringen av ny forståelse støtte seg på utvikling av nye metoder for brukermedvirkning i tverrfaglig og tverretattlig samarbeid. Kanskje reformen da kan bidra til en reell snuoperasjon innen offentlige tjenester for psykososial problematikk?

Kilder og henvisninger

Litteratur merket med * er underveisrapporter med tilknytning til evalueringsprosjektet.

*Andersson, Helle Wessel og Hatling, Trond: Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge. Opptrappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene. Unimed Helsetjenesteforskning, februar 2003

Antonovsky, A: Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 1979

Connor, Helen: Collaboration or chaos: A consumer perspective. I Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing (1999) 8, 79-85

Engelstad Snoek, Jannike og Engedal, Knut: Psykiatri. Kunnskap. Forståelse. Utfordringer. Akribe Forlag 2000

Fyrand, Live: Sosialt nettverk: teori og praksis. Tano, 1994

Fossestøl, Bjørg: Hva er profesjonell handling i sosialt arbeid? Nordisk sosialt arbeid, nr 4 1997.

Gärdsmo Pettersson, Eva och Zeime, Gisela: At verka tillsammans – en bok om familjecentraler. Text av. Folkhälsoinstitutet 2000:10

Gjærum, Bente m.fl. (red): Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre. Tano Aschehoug, 1998

Glavin, Kari og Erdal, Bodil: Tverrfaglig samarbeid i praksis – til beste for barn og unge i Norge. Kommuneforlaget 2000.

Haugland, Randi: Kommuneheks på slakk line. Om barnevern i små kommuner. Gyldendal norsk forlag 2000.

*Haugland, Randi: Evaluering av forsøk med familiesenter i Norge. Underveisrapport med tendenser fra første intervjurunde vinteren 2002-2003. RBUP oktober 2003.

*Haugland Randi: Evaluering av forsøk med familiesenter i Norge. Underveisrapport 2. Tilbakemelding til oppdragsgiver og informanter for periodene 2002 – 2003 og 2003 – 2004.

Helmen Borge, Anne Inger: Resiliens. Risiko og sunn utvikling. Gyldendal Akademisk Forlag 2003

Horverak, Sveinung, Omre, Cecilie og Scheldrup, Liv: Familierådslag. Demokrati og beslutninger i norsk barnevern. Fagbokforlaget 2002.

Killèn, Kari: Barndommen varer i generasjoner. Forebygging er alles ansvar. Kommuneforlaget 2000.

*Kristofersen, Lars B.: Opptrappingsplanens betydning for barne- og ungdomspsykiatri og barnevern. En underveisrapport for perioden 1999-2002. NIBR notat 2004:12

Levin, Morten og Rolfsen, Monica: Arbeid i team. Læring og utvikling i team. Fagbokforlaget, 2004.

Lloyd, Chris and King, Robert: Consumer and carer participation in mental health services. I Australian Psychiatry. Vol 11, No 2. June 2003.

Myrvold, Trine Monica: NIBR-rapport 2004:12. Tilbudet til mennesker med psykiske problemer. Kommunenes arbeid med integrering og koordinering.

Neumann, Iver B: Mening, materialitet, makt: En innføring i diskursanalyse. Fagbokforlaget 2001.

Norvoll, Reidun (red): Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon. Gyldendal Akademisk Forlag, 2002

Nygren, Pär: Utvikling og kvalitet i psykososialt arbeid. Ad Notam Gyldendal 1996.

O'Donnell, Maryanne Proberts, Miriam, Parker, Gordon: Development of a consumer advocacy program. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1998; 32:873-871.

Rosenvinge, Jan H, Larsen Erik, Skårderud, Finn, Thune Larsen, Kari-Brith: Klinisk kompetanse i psykisk helsevern: Hva er det, og hvordan kan det læres? I tidsskrift for Norsk psykologforening, september 2004, vol 41, 706-712

Rundskriv I-4/99: Det kongelige sosial- og helsedepartement. Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Utbygging av kommunale tiltak. Øremerking av tilskott til kommunene 1999.

Rundskriv I-1/2000: Det kongelige sosial- og helsedepartementet: Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2000. Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene.

Rundskriv I-8/2001: Sosial- og helsedepartementet. Ministererklæringen for helsefremmende arbeid: Fra ideer til handling.

Rønning, J.A. 2000: Utredning for Det regionale helse- og sosialutvalget for helseregion Nord vedr. prosjektarbeid knyttet til tidlig intervensjon og oppfølging av premature barn.

St.melding nr 16 (2002.2003) Resept for et sunnere Norge.

St.melding nr 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Det kongelige Sosial- og helsedepartement.

Strategidokument "Helse i det 21. århundre". Helsedepartementet, 1998

St.prp. nr 63 (1997-98) Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Det kongelige Sosial- og helsedepartement.

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse...sammen om psykisk helse....2003

Sandbæk, Mona (red): Fra mottaker til aktør. Brukernes plass i praktisk sosialt arbeid og forskning. Gyldendal Akademisk Forlag, 2001

Sosial- og helsedepartementet: Faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser. Avgitt av en ekspertgruppe til sosial- og helsedepartementet, januar 2000

Sørgaard, Knut W: Samarbeidet mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og ungdom. Historisk og ideologisk bakgrunn. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1990, 27, 495-503

Torgersen, Ulf: Profesjoner og offentlig sektor. Tano 1994

Weisæth, Lars og Dalgård, Odd Steffen (red): Psykisk helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid. Gyldendal Akademisk Forlag, 2000

Wibeck, Viktoria: Fokusgrupper. Om fokuserande gruppintervjuer som undersøkingsmetode. Studentlitteratur 2000.



REGIONSENTER FOR BARN OG UNGES PSYKISKE HELSE, HELSEREGION NORD
INSTITUTT FOR KLINISK MEDISIN
DET MEDISINSKE FAKULTET

Rapporten kan bestilles fra:

Universitetet i Tromsø
RBUP Nord
9037 Tromsø
post.rbup@fagmed.uit.no

www.uit.no/rbup

ISBN 82-997387-0-9