

Marit K. Helgesen

Bedre Tverrfaglig Innsats

2. runde av en følgeevaluering



NIBR

Norsk institutt for by- og regionforskning

Bedre Tverrfaglig Innsats

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2014:21	Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør
NIBR-rapport 2014:3	Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner
NIBR-rapport 2014:16	Bolig og folkehelse – hva er sammenhengen?
NIBR-rapport 2013:23	Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI). Følgeevaluering

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

E-post til
nibr@nibr.no

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

Marit K. Helgesen

Bedre Tverrfaglig Innsats

2. runde av en følgeevaluering

NIBR-rapport 2015:24

Tittel: Bedre Tverrfaglig Innsats.
2. runde av en følgeevaluering

Forfatter: Marit K. Helgesen

NIBR-rapport: 2015:24

ISSN: 1502-9794
ISBN: 978-82-8309-089-5 (trykt)
978-82-8309-090-1 (elektronisk)

Prosjektnummer: 3444

Prosjektnavn: Følgeevaluering av Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI)

Oppdragsgiver: Helsedirektoratet

Prosjektleder: Marit K. Helgesen

Referat: Rapporten redegjør for andre runde i underveisevalueringen av prosjektet Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI) som Helsedirektoratet har arbeidet med sammen med 8 nøkkeltkommuner. Ved bruk av spørreskjemadata fra ledere og medarbeidere i kommunene viser rapporten at det er forbedringer i det tverrfaglige arbeidet i perioden 2012-2015.

Sammendrag: Norsk

Dato: Desember 2015

Antall sider: 108

Pris: 250,-

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

Trykk: X-idé
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2015

Forord

Høsten 2014 fikk Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) i oppdrag av Helsedirektoratet å gjennomføre følgeevaluering av prosjektet Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI). BTI er et prosjekt om tidlig intervensjon for utsatte barn og unge og Helsedirektoratet har gjennomført det i 8 nøkkelkommuner. NIBR har også gjennomført en underveisevaluering som ble publisert høsten 2013. Den presenterte situasjonen i kommunene før BTI ble iverksatt. Denne rapporten sammenligner situasjonen i de 8 nøkkelkommunene før og etter at BTI er satt i gang. Materialet som ligger til grunn for analysene er hentet inn gjennom to spørreskjemaundersøkelser til medarbeidere og ledere i relevante tjenesteenheter i alle kommunene. Skjemaet er utarbeidet av Helsedirektoratet og regionale KORUS i samarbeid.

Det rettes en takk til alle som har svart på spørreskjemaene, til kommunale prosjektledere som har tilrettelagt for at medarbeidere kunne svare, samt til Helsedirektoratet for godt samarbeid.

Oslo, desember 2015

Hilde Lorentzen

Instituttssjef

Sammendrag

Marit K. Helgesen

Bedre Tverrfaglig Innsats

2. runde av en følgeevaluering

NIBR-rapport 2015:24

Bakgrunn

Rapporten er en følgeevaluering av Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI) et prosjekt Helsedirektoratet gjennomfører i samarbeid med 8 nøkkelkommuner. Bakgrunnen for prosjektet er for det første at kommunene har plikt til å drive forebyggende virksomhet, og tidlig innsats for utsatte barn og unge er den del av dette. For det andre ble det gjennomført et tilsyn i 2008 som fant at ansatte i kommunal tjenester melder fra for sjelden når de bekymrer seg for barn og unge, og at kommunale tjenester ofte ikke følger sine egne rutiner for melding av bekymringer til barnevernet.

Metode

Helsedirektoratet og regionale KORUS laget en spørreskjemaundersøkelse som kartla situasjonen i deltakende kommuner før BTI ble iverksatt. Denne ble gjennomført i 2012 og sendt til 4782 medarbeidere og ledere i tjenesteenheter i nøkkelkommunene. I 2012 svarte 2260 respondenter, analysene herfra er rapportert i Helgesen 2013. I 2015 er det sendt ut en nesten tilsvarende undersøkelse til de samme respondentene og det var 1765 som svarte helt eller delvis på undersøkelsen. Resultatene fra disse spørreskjemaene utgjør hoveddelen av denne analysen. I 2012 ble det i tillegg gjennomført telefonintervjuer med alle prosjektlederne og en dokumentstudie av litteratur som omhandlet tverrsektorielt arbeid i hovedsak knyttet til utsatte barn og unge. I denne rapporten gjennomføres det analyser av tverrfaglig samarbeid (kapittel tre), prosjektenes forankring i den kommunale

organisasjonen (kapittel fire) og behov for opplæring (kapittel fem). Kapittel seks diskuterer og oppsummerer.

Tverrfaglig samarbeid

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

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

Forankring av arbeid for utsatte barn og unge

Prosjektene er god forankret i den kommunale organisasjonen og har prosjektleder, prosjektgruppe og styringsgruppe. Gruppene er satt sammen slik at relevante enheter er representert. 7 av 8 kommuner har en kommunalsjefmodell som betyr at det er gode organisatoriske forutsetninger for at samordning og samarbeid kan finne sted. Beslutninger om at samordning og samarbeid skal gjennomføres kan dermed utgå fra et autoritativt nivå i den kommunale organisasjonen, det er ikke delegert til enkelte tjenester å selv fatte beslutning om det. Likevel framstår prosjektet i 2015

som best forankret på ledelsesnivå og mindre forankret blant medarbeidere (tabell 4.3). Når vi spør medarbeidere om hvor de får informasjon og støtte fra, svarer 36 prosent at de ikke får informasjon og støtte, 26 får det fra nærmeste leder (tabell 4.5).

I tråd med at informasjon ikke flyter enkelt i nøkkelkommunene er det få medarbeidere som kjenner veilederen «Fra bekymring til handling» som Helsedirektoratet ga ut i 4. opplag i 2010. Det er likevel noe optimistisk at andelen som kjenner den øker med antall år de er ansatt i kommunen (tabell 4.6). Det er også en liten økning i andelen som har lest den og som bruker den mellom de to tidspunktene undersøkelsene er gjennomført (tabell 4.7). Både medarbeidere og ledere opplever å være bekymret for et barn eller en ung og begge gruppene handler på sin bekymring. For medarbeidere er å konferere med nærmeste overordnede den vanligste handlingen både i 2012 og i 2015 (tabell 4.10). I 2015 er det en stor andel som svarer at de samtaler med barnet eller den unge. Dette ble det ikke spurt om i 2012. Det er en økning i andelen som vet at det er skriftlige rutiner for tverrfaglig samarbeid om bekymringshåndtering (tabeller 4.11 og 4.12).

Kompetanse og opplæring

Medarbeidere i kommunen opplever et stort behov for opplæring i regler (taushetsplikt, opplysningsplikt, opplysningsrett og samtykke), identifisering av utsatte barn og unge, samtalemotodikk og gjennomføring av tverrfaglig samarbeid. I stor grad oppgir medarbeidere at de har gjennomført arbeidsoppgaver de oppfatter at de ikke har kompetanse til å gjennomføre. Det inkluderer samtaler med barn og unge, samt foresatte, og bruk av verktøy. Dette er mønsteret også i 2015, men det er flere som oppgir at de har gjennomført samtaler i 2015 enn det var i 2012 (tabell 5.1 og kommentarer). Mer enn to tredjedeler av de 2260 som svarte på undersøkelsen i 2012 oppga at de ønsket opplæring i identifisering av utsatte barn og unge, tegn hos foresatte, samtalemotodikk, beskyttelsesfaktorer og muligheter og begrensninger i regler. I 2015 stilte vi spørsmålene noe annerledes, men det var flere som oppga at de hadde fått nødvendig opplæring. I all overveiende grad gis denne som opplæring på arbeidsplassen (tabellene 5.2 og 5.4).

Diskusjon

På begge tidspunkter flyter det forholdsvis lite informasjon om faktorer som er nødvendige for at tverrfaglig samarbeid skal være vellykket i nøkkelkommunene. Mange vet ikke at BTT pågår som prosjekt og selv om informasjon om team er bedre i 2015 enn i 2012 er et fortsatt mange som ikke har slik informasjon. Det er få som kjenner veilederen «Fra bekymring til handling», men også her er det en økning mellom årene. Manglende informasjon påvirker tilliten mellom tjenestene og det kan være en barriere for at konsultasjon skal finne sted. Konsultasjon gjennomføres likevel og medarbeidere tar opp sine bekymringer med ledere og kolleger, også i andre tjenester. Det er en økning i andelen som konsulterer andre mellom årene. En annen årsak til manglende tillit ser ut til å være at roller oppfattes som uklare og dette påvirker kunnskapen medarbeidere har om hvor de skal henvende seg ved bekymring. Videre er det få som kan noe om hvordan teamene er organisert og arbeider, og dette hindrer dialog og diskusjon. Det kan likevel se ut til at teamenes roller og funksjon endres noe og at dette er mer fleksibelt og rettet inn spesifikt mot problematikken knyttet til BTT i 2015 enn det var i 2012.

På begge tidspunkter er det også slik at få medarbeidere er av den oppfatning at de har nødvendig opplæring angående de fleste faktorene som knytter seg til tidlig innsats for utsatte barn og unge. Dette kan bety at det i utgangspunktet er lite felles forståelse av begreper og regler, og det kan påvirke muligheten for å komme fram til enighet om meninger og holdninger. I 2012 ble det arbeidet med å tilpasse verktøy og lignende til den lokale situasjonen, og å tilrettelegge for opplæring. I 2015 er det også flere som oppgir at de har deltatt på kurs eller lignende i kommunen. Felles handling er avhengig av trinnene foran fungerer godt, samt av at det er ressurser som kapasitet og tiltak å ta i bruk i oppfølgingsarbeidet. Felles handling kan også være avhengig av at det er utarbeidet rutiner, for eksempel for gjennomføring av møter, som er kjent for alle som skal delta og som de oppfatter at de er forpliktet til å følge. Flere kjenner slike rutiner i 2015 enn som gjorde det i 2012.

Innhold

Forord	1
Sammendrag.....	2
Tabelloversikt.....	8
1 Bedre Tverrfaglig Innsats	11
1.1 Innledning	11
1.2 Bakgrunn	12
2 Metode	14
2.1 Innledning	14
2.2 Analyse av survey	14
3 Tverrsektorielt samarbeid.....	18
3.1 Innledning	18
3.2 Samordning og samarbeid.....	18
3.3 Samarbeid i deltakende kommuner	25
3.3.1 Tverretatlige team	25
3.3.2 Roller.....	35
3.4 Vurdering av samarbeid mellom tjenester.....	40
3.5 Oppsummering	45
4 Forankring av og arbeid for utsatte barn og unge	48
4.1 Innledning	48
4.2 Involverte enheter	48
4.2.1 Forankring av prosjektet i kommunal organisasjon... 51	
4.3 Kjennskap til veilederen «Fra bekymring til handling»54	
4.4 Innhold i arbeidet for å fange opp barn og unge det knyttes bekymring til.....	56
4.5 Bekymring og handling ved bekymring	59
4.6 Oppsummering	63
5 Kompetanse og opplæring	65
5.1 Innledning	65
5.2 Kompetanse og opplæring i nøkkelkommunene	66

5.3	Karakteristikker av kommunenes arbeid med BTI	71
5.4	Oppsummering	76
6	Diskusjon og avslutning	78
6.1	Innledning	78
6.2	Suksesskriterier for tverrfaglig samarbeid.....	78
6.3	Informasjon	79
6.4	Konsultasjon.....	81
6.5	Dialog og diskusjon	83
6.6	Enighet om meninger og holdninger	84
6.7	Felles handling.....	85
6.8	Organisatoriske betingelser i kommunene	87
	Litteratur	89

Tabelloversikt

Tabell 2.1	<i>Svarprosent i kommunene 2012 og 2015</i>	16
Tabell 3.1	<i>Tverretattlig/ tverrfaglig team i kommunen (N 2012=2260, N 2015= 1562 og 1542)*</i>	26
Tabell 3.2	<i>Tjenester som er representert i team (N= 2012:565-567, 2015:1576)</i>	27
Tabell 3.3	<i>Organisering av tverrfaglige og tverretatlige team i 2012 (N=572)</i>	30
Tabell 3.4	<i>Organisering av tverrfaglige og tverretatlige team i 2015 (N=1455-1494)</i>	31
Tabell 3.5	<i>Tydelighet i roller og ansvar for oppfølging i 2012</i>	36
Tabell 3.6	<i>Tydelighet i roller og ansvar 2015 (N=1565)</i>	37
Tabell 3.7	<i>Tydelighet i roller: Kompetanse og ansvar for å følge opp barn og unge. Prosent, hele tall i parentes (N=2260)</i>	38
Tabell 3.8	<i>Tydelighet i roller: Kompetanse og ansvar for å følge opp barn og unge 2015 (N=1241)</i>	39
Tabell 3.9	<i>Vurdering av samarbeid med tjenester i 2015 Prosent, hele tall i parentes</i>	41
Tabell 4.1	<i>Medarbeideres tjenestested og kommune 2012 Prosent, hele tall i parentes*</i>	49
Tabell 4.2	<i>Medarbeideres tjenestested og kommune 2015 Prosent, hele tall i parentes*</i>	49
Tabell 4.3	<i>Organisatoriske nivåer ledere mener BTI er forankret på (N=342)</i>	52
Tabell 4.4	<i>Lederes oppfatning om hvor de får informasjon og støtte fra (N=341)</i>	53
Tabell 4.5	<i>Medarbeideres oppfatning om hvor de får informasjon og støtte fra (N=1336)</i>	53
Tabell 4.6	<i>Antall år ansatt, kjenner veileder Prosent, hele tall i parentes (N= 2012:2260, 2015:1628)</i>	55
Tabell 4.7	<i>Andel som har hørt om, kjenner og bruker veilederen Prosent, hele tall i parentes (N= 2012:527, 2015:662)</i>	56

Tabell 4.8	<i>Påstander om oppfølging av barn og unge det er knyttet bekymring til i 2012. Prosent, hele tall i parentes (2240-2247)</i>	57
Tabell 4.9	<i>Påstander om oppfølging av barn og unge det er knyttet bekymring til i 2015. Prosent, hele tall i parentes (1593-1618)</i>	58
Tabell 4.10	<i>Handling ved bekymring. Prosent, hele tall i parentes (N=2012:1785, 2015:1312)</i>	60
Tabell 4.11	<i>Skriftlige rutiner for tverrfaglig samarbeid om bekymringshåndtering, 2012. Prosent, hele tall i parentes (N=2260)</i>	61
Tabell 4.12	<i>Skriftlige rutiner for tverrfaglig samarbeid om bekymringshåndtering 2015. Prosent, hele tall i parentes (N=1590)</i>	61
Tabell 4.13	<i>Oppfølging av skriftlige rutiner for tverrfaglig samarbeid. Prosent, hele tall i parentes (N=880)</i>	62
Tabell 4.14	<i>Oppfølging av skriftlige rutiner for tverrfaglig samarbeid 2015 (N=926)</i>	63
Tabell 5.1	<i>Samtaler med foresatte og barn og unge og opplæring i å gjennomføre slike samtaler 2015. Prosent, hele tall i parentes (N=1575 og 1580)</i>	66
Tabell 5.2	<i>Opplæring i taushetsplikt, opplysningsplikt, opplysningsrett og samtykke 2015. Prosent, hele tall i parentes</i>	67
Tabell 5.3	<i>Ønsker opplæring i 2012. Prosent, hele tall i parentes (N=2260)</i>	68
Tabell 5.4	<i>Type opplæring kommunene gir</i>	69

Figuroversikt

Figur 3.1	<i>Samordningstrappen</i>	23
-----------	---------------------------------	----

1 Bedre Tverrfaglig Innsats

1.1 Innledning

Tidlig innsats overfor og oppfølging av utsatte barn og unge har vist seg å ha positive effekter på kort sikt for dem det gjelder, samt at de har en positiv samfunnsøkonomisk effekt på lang sikt (Oldrup og Vitus 2011, Hansen mfl. 2010). Prosjekt Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI) er et forsøksprosjekt som gjennomføres i samarbeid med 8 norske kommuner, her kalt nøkkelkommuner, og handler om tidlig innsats og oppfølging av utsatte barn og unge. BTI er en samhandlingsmodell utviklet i Danmark og den tilpasses nå av Helsedirektoratet og prøves ut i Norge. Den består av ulike modeller for å arbeide tverrfaglig og tverrsektorielt med utsatte barn og unge, samt deres foreldre. Poenget er at de skal fanges opp på et tidlig tidspunkt i et hendelsesforløp, samt at det skal legges til rette for samhandling mellom aktuelle kommunale tjenester for å kunne yte et tilbud.

Målsettingen er å hindre oppfølgingsbrudd i arbeidet med utsatte barn og unge. Tverretattlig samarbeid har dermed en meget sentral plass i dette prosjektet. For å koordinere det tverrfaglige samarbeidet er det et minimumskrav til deltakende kommuner at de tar i bruk «stafettholder» og «stafettlogg», og de skal beskrive gangen i saker som kommer opp. Stafettloggen er en opprettet sak, eller et notat, angående barnet eller den unge og hva som skjer i arbeidet med å følge opp. Stafettholder er den fysiske personen eller tjenesteenheten som har fått i oppgave å være kontaktperson eller ansvarshavende innad i kommunen for barnet eller den unge som har fått opprettet en sak.

I selve samarbeidsmodellen opereres det med tre nivåer. Nivå 1 er der hvor én avdeling eller tjeneste er involvert, og der det ikke

foregår noe tverretattlig samarbeid for å løse saken. Medarbeiders skal hente råd og veiledning hos andre i egen enhet. På nivå to koordineres to eller flere tjenester innsatsen mot barnet eller den unge. Målsettingen er at alle arbeider for å nå et felles satt mål og er oppmerksomme på hverandres innsats. På nivå tre er det behov for et bredere samarbeid for å sikre innsats for barnet eller den unge. Dette inntre når hjelpetjenester som barnevern, evt. barne- og ungdomspsykiatriske enheter (BUP) eller andre, involveres.

Slik modellen er lagt opp er det dermed mulig å komme langt i å løse en sak uten nødvendigvis å involvere hjelpetjenestene. Stafettloggen (saken) og stafettholderen (kontaktpersonen) er her tenkt som det som holder innsatsen sammen og sørger for at involverte får informasjon om den enkelte saken, og at innsatsen er koordinert.

1.2 Bakgrunn

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

Helsetilsynet og Barne- og likestillingsdepartementet gjennomførte i 2008 i fellesskap en undersøkelse i 114 kommuner av samarbeid om tjenester til utsatte barn. Kommunenes tilrettelegging og oppfølging av samarbeid mellom barnevern og helse- og sosialtjenester til barn i skolepliktig alder, samt unge i alderen 18-23 år var tema for tilsynet. Tilsynet viste at det var avvik fra regler eller forbedringsområder i 103 av kommunene. Dette dreide seg om flere forhold som: 1) tilrettelegging for samarbeid der for eksempel rutiner og regler for når og hvordan samarbeid skal gjennomføres ikke er etablert eller ikke følges opp hvis det er

etablert. 2) oppfølging av samarbeid på et så lavt nivå som å fatte beslutning om at møter skal avholdes, gi informasjon til aktuelle medarbeidere som skal være til stede i møter, utforme journaler slik at de gir basal informasjon om arbeidet som gjennomføres for klienter eller utarbeide tiltaksplaner, evt. individuelle planer. 3) ansatte melder fra sjelden og de melder for sent (Helsetilsynet 2009). Helsedirektoratet iverksatte en satsning på rusfeltet i 2006 og laget i den forbindelse en veileder i 2010 som blant annet skulle veilede til å skape forståelse i tjenesteapparatet for hva som er risiko- og beskyttelsesfaktorer for unge, samt hva som kan være et grunnlag for å handle ved mistanke om rusproblemer. Den sier videre noe om hvordan medarbeidere i kommunal sektor kan komme i inngrep med barn og unge, og intervensjoner tidlig hvis nødvendig (Helsedirektoratet 2010).

Kommunene som har meldt sin interesse for BTI har fått tilskuddsmidler for å iverksette prosjektet lokalt. Finansieringen er på kr. 500 000 i 2012, trolig får de 450 000 i 2013 og 400 000 i 2014. Høst 2012 sendte Helsedirektoratet i samarbeid med regionale KORUS et spørreskjema til ledere og medarbeidere i aktuelle enheter i deltakende kommuner for å kartlegge førsituasjonen med hensyn på tverretattlig samarbeid for å fange opp utsatte barn og unge. Undersøkelsen viste at ønsket situasjon ikke var til stede i kommunene mht. tverrfaglig og tverretattlig samarbeid. Foreliggende rapport er en del av følgeevalueringen av BTI og spørreskjemaundersøkelsen som ligger til grunn for denne analysen er gjennomført av NIBR. Spørreskjemaet er i stor grad det samme som ble sendt ut i 2012. Dette beskrives nærmere i metodekapittelet.

2 Metode

2.1 Innledning

Foreliggende rapport er en del av følgeevalueringen av Bedre Tidlig Innsats (BTI) i åtte nøkkelkommuner. Det ble gjennomført en undersøkelse for å kartlegge situasjonen i kommunene før BTI ble satt i gang i 2012/2013 (Helgesen 2013). Resultatene som framkom fra denne kartleggingen ble tilbakeført til deltakerkommunene og de fikk da mulighet til å endre sin gjennomføring av BTI hvis det var ønskelig eller nødvendig. I kartleggingen ble det benyttet tre metodiske inntak. Det første var en kunnskapsoppsummering av skandinavisk litteratur om samarbeidsmodeller i programmer som dreier seg om tidlig innsats for barn og unge. Det andre en analyse og systematisering av en spørreskjemaundersøkelse som ble sendt til ledere og medarbeidere i deltakende enheter i de åtte nøkkelkommunene. Det tredje var intervjuer med prosjektledere for BTI i de aktuelle kommunene. I følgeevalueringen er det kun spørreskjemaet som følges opp. Skjemaet som ble sendt ut i 2015 er en meget lett revidert utgave av skjemaet som ble sendt ut i 2012. Det ligger som vedlegg til rapporten.

2.2 Analyse av survey

I 2012 gjennomførte Helsedirektoratet, i samarbeid med regionale KORUS, en spørreskjemaundersøkelse til deltakende medarbeidere og ledere i aktuelle enheter i BTI-kommunene. Den ble systematisert og publisert i Helgesen 2013. Den andre spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført vinteren og våren 2015. Det ble sendt ut et likt antall skjema begge år.

Spørreskjemaet som ble sendt i 2012 kartlegger situasjonen i nøkkelkommunene på en rekke områder som kunnskap om og aktivitet knyttet til utsatte barn og unge før samarbeidsprosjektet settes i gang i 2013. I 2015 kartlegger det gjennomføringsfasen. Det vil si at analyser av surveyen fra 2013 danner et bilde av situasjonen i kommunene som kan fungere som en baseline, et nullpunkt, for å måle om samarbeidsprosjektet har effekt i kommunene som deltar.

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsene systematiserer situasjonen i kommunene på to hovedområder:

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

Systematisering av kunnskapen fra 2012-undersøkelsen gjorde det mulig å peke på hva som var de viktigste forbedringspunktene for å iverksette tidlig innsats for utsatte barn og unge, og om noen sider av forsøket burde vektlegges mer enn andre. For begge tidspunktene gjennomføres analysen i henhold til samhandlingstrappen som presenteres senere.

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

Tabell 2.1 *Svarprosent i kommunene 2012 og 2015*

Kommuner	Sendte begge år	Svarprosent 2012	Svarprosent 2015	Antall innbyggere
1	182	42 (77)	64 (117)	5 500
2	89	92 (82)	43 (38)	5 500
3	328	49 (161)	52 (172)	11 000
4	601	63 (376)	41,5 (240)	14 500
5	375	53 (198)	49 (185)	18 500
6	490	94 (459)	47,5 (242)	36 500
7	347	47 (163)	49,5 (172)	64 000
8	2370	31 (737)	23,5 (559)	72 000

Første runde med survey ble gjennomført av Helsedirektoratet og KORUS i samarbeid. Det ble sendt ut 4782 skjemaer og det kom inn 2260 svar. Samlet er det en svarprosent på 47. I 2015 ble surveyene gjennomført av NIBR. Det ble sendt ut samme antall skjemaer og 4445 kom fram til mottager. Av disse var det 1765 (37 prosent) som begynte å svare på undersøkelsen og 1548 (32 prosent) som fullførte. Begge år er svarprosenten lav, men den veldig lave svarprosenten i 2015 skyldes trolig at det var tekniske problemer med utsendelsen av undersøkelsen. Den kom derfor fram til mottakerne senere enn forventet.

Dette er ingen representativ undersøkelse av hvordan tilstanden på dette feltet er i kommunene. Surveyene er gjennomført i kommuner som har søkt om å få være med på et forsøk. Helsedirektoratet har satt i gang, og kan dermed ikke brukes til å si noe mer generelt om tilstanden i norske kommuner. Kommunene som er med i samarbeidsprosjektet er ulike mht. størrelse.

Norske kommuner er i overveiende grad små, mer enn halvparten har under 5000 innbyggere. Ingen av de deltakende kommunene har under 5000 innbyggere. Dermed er kommunene ikke representative angående størrelse og i samarbeidsprosjektet er både middels store og store kommuner overrepresentert.

Det er knyttet en hypotese til at den kommunale organiseringen slår ut for kommunenes behov for og faktiske arbeid med tverrsektorielle arbeidsoppgaver. nøkkelkommunene varierer lite mht. politisk organisering, de fleste har en tradisjonell politisk

modell med formannskap og faste politiske utvalg. Det er noe større variasjon mht. administrativ organisering. Det er kun en kommune som har valgt den helt flateste modellen uten mellomliggende sjefsnivåer mellom enhetsledere og rådmannsnivå. Tre kommuner har ett sjefsnivå mellom enhetsleder og rådmann, to kommuner har to, en har tre, mens for en kommune varierer det mellom sektorer. Det er dermed bare i en kommune at alle enhetsledere rapporterer direkte til rådmann. I de andre er det et mellomnivå, med stor sannsynlighet en kommunalsjef, mellom enhetsledere og rådmannsnivået. Kommunal organisering med kommunalsjef er en mer hierarkisk organisasjon, og både økonomisk og faglig ansvar er plassert hos administrasjonssjefen (Opedal mfl. 2002). Trolig vil koordinering i form av samarbeid og samhandling være enklere i kommuner med kommunalsjefer fordi beslutninger om samarbeid kan forankres på dette nivået, samt at det er et utkikkspunkt for kontroll av at samarbeid faktisk gjennomføres når det er besluttet om det. I analysene som er gjort ser det ikke ut til at organisering påvirker hvordan det samarbeides.

Neste kapittel, kapittel tre, diskuterer tverrsektorielt samarbeid. I kapittel fire diskuteres forankringen av arbeidet for utsatte barn og unge. I kapittel fem diskuteres kompetanse og opplæring og kapittel seks oppsummerer og avslutter.

3 Tverrsektorielt samarbeid

3.1 Innledning

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

I en etats- eller sektororganisert kommune er det en kommunalsjef som har autoritet og som samarbeid kan utgå fra. I kommuner med flat struktur er det større mulighet for at valget om å inngå i tverrfaglig samarbeid og samordning ofte tas av den enkelte medarbeider. Delegering av ansvar fjerner de økonomiske og faglige insitamentene for tverrfaglig samarbeid og samordning, og kommuner med flat struktur tilbyr lite institusjonell støtte for å velge å samordne eller samarbeide framfor å la det være. Det snakkes om at det oppstår enhetsegoisme der det er en utfordring å se sammenheng mellom tjenester, særlig når det kommer til økonomiske spørsmål (Torsteinsen 2012, Hjern 2007).

3.2 Samordning og samarbeid

Kommunal tilrettelegging for at tjenesteenheter kan samarbeide for å yte pålagte tjenester til brukere vil kreve at det eksisterer et

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

Kommunal organisering preges av den måtens staten styrer kommunene. Mange styringsvirkemidler er hierarkiske, dvs. de fastlegges på sentralt nivå og kommunene har liten mulighet til å påvirke dem. Dette gjelder for eksempel for finansieringen av kommunal sektor. Andre sider ved styringen er knyttet opp mot sentrale trekk i New Public Management (NPM). Dette gjelder for eksempel for målstyringen i relasjonen mellom stat og kommune, der staten setter målene og kommuner er fri til å ta de steg de finner nødvendig for å nå dem. Dette kan involvere at kommuner etablerer flat struktur og bestillerenheter i kommunal administrasjon. Også prosesser som tilretteleggende ledelse og delegering av myndighet til medarbeidere kommer inn under dette konseptet. Det er videre en antydning til at NPM tones ned til fordel for en post-NPM eller nettverkstankegang der "enforced self-regulation" er et viktig kjennetegn (Dent mfl. 2007). Altså at organisasjoner og deres ledelse tilpasser seg utenforliggende krav mer eller mindre frivillig og etter foreliggende insentiver. Insentiver er ressurser av ulike slag: Økonomiske insentiver, tilbud om kompetanse, om opplæring og veiledning, deltakelse i nettverk etc. Forsøksvirksomheten BTI kan plasseres under denne headingen og er en form for mildt ytre press som kommunene fatter beslutning om at de vil tilpasse seg.

Slike prosesser peker mot at utviklingen i kommuneorganisasjonen går mot det vi kan kalle større grad av autonomi i yrkesutøvelsen (mer ansvar og beslutningsmyndighet til medarbeidere) samtidig som flere og flere mottakere av tjenester har behov for

sammensatte tjenester som krever tverrfaglig samarbeid og samordning. I dette bildet blir ledelse, og i særlig grad ledelse for å fremme tverrfaglig samarbeid, sentralt. Hvis kommunene skal lykkes i arbeidet blir ledelsens oppgave blant annet å legge til rette for arenaer både for tverrfaglig samarbeid og samordning, og på ulike måter yte institusjonell støtte til medarbeiders beslutninger om å inngå i samarbeidsrelasjoner med andre enheter om å yte tjenester. Kommunale ledere på ulike nivåer må inngå i prosesser som gir medarbeidere myndighet til å inngå i samarbeidsrelasjoner. Det kan innebære at medarbeider får roller der ansvar og innflytelse på egen arbeidssituasjon er definert og som er tilstrekkelig til å kunne utøve dette ansvaret (Hovik mfl. 2010). Ledelse og medarbeidere inngår dermed i bevisste og forhandlede prosesser om å iverksette samordning og samarbeid. Det skjer da en forankring og organisering som kan medføre at problemstillinger som kommer opp kan håndteres og at de det angår, som klienter og brukere, trekkes inn i prosesser på gode måter.

Det finnes flere modeller for hvordan samordning og samarbeid kan organiseres. For eksempel kan en tjeneste være den ”drivende” for samarbeid. Andre modeller etablerer stillinger som skal ha samordning som hovedoppgave, og en tredje modell er at det vektlegges organisering i nettverk eller partnerskap. Det kan også fokuseres på innhold og bruk av diverse veiledere og verktøy for kartlegging og oppfølging (Socialstyrelsen 2012 a). Trolig vil kommunene som deltar i BTI også finne fram til ulike modeller for samordning og samarbeid. Det er gjennomført forsøk angående tverrfaglig samarbeid på tjenestenivå i både Danmark og Norge.

Det som kan pekes på som suksesskriterier for at samarbeidet skal være vellykket finnes på flere nivåer: Institusjonelt-, organisasjons- og individnivå. På institusjonelt nivå er det tverrfaglige samarbeidets forankring både politisk og administrativt av betydning. Det bør fattes politisk vedtak om at slikt samarbeid prioriteres i den kommunale organisasjonen fordi det blant annet krever ressurser brukt på selve det tverrfaglige samarbeidet og opplæring av medarbeidere og andre som skal ha særskilte roller. På institusjonelt-, men også organisasjonsnivå, er ledelsesstøtte for prosjektene en viktig suksessfaktor. Hvis politiske og administrative beslutninger ikke har støtte på enhetsledernivå, taper prosjektet i iverksettingsprosessen. Når Helsetilsynets

rapport fra 2008 viste at det er laget rutiner i mange kommuner, men at de ikke tas i bruk, kan dette skyldes at det tverrfaglige arbeidet ikke har den nødvendige støtten for å bruke de ressursene det faktisk krever.

På organisasjonsnivå er iverksettingsprosessen kritisk nettopp fordi tverrfaglig samarbeid krever at det brukes ressurser på det. Det skal etableres rutiner i organisasjonens arbeidsformer som tar hensyn til samarbeidet og det skal avholdes møter. Rutinene bør omtale selve prosessen med å identifisere barn og unge som er i en utsatt situasjon og fokusere på risiko- og beskyttelsesfaktorer. Dernest må de omtale hva som skal gjøres hvis det vurderes dit hen at et barn eller en ung faktisk er i en utsatt situasjon. Spørsmål som hvem det skal tas kontakt med og hvordan, bør avklares og bekjentgjøres for alle aktuelle medarbeidere. Det må også lages rutiner for hvordan medarbeidere forholder seg til regler, beslutning om og avholdelse av møter der slike saker tas opp både i den enkelte enhet og i samarbeidet mellom enheter. Jacobsen (1993) påpeker at slike rutiner bør inkludere at møtene er forberedt, at det lages notater som på en enkel måte er tilgjengelige for alle, at de som deltar har faste roller og oppgaver og at de leder fram til en beslutning om hva som skal skje i framtiden. Her kreves det at det avsettes ressurser både i forkant av møtene, mens møtene avholdes og i etterkant. Roller skal være formelle, dermed er det organisasjonen, med autoritet fra ledelsesnivået, som gir enkeltpersoner de rollene de skal ha i det tverrfaglige samarbeidet. Slike prosesser skal ikke være uformelle, enkeltpersoner skal ikke ha mulighet til å ta roller. Widmark mfl. (2013) viser til at det bør være kontinuitet i hvilke profesjonelle som deltar.

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

sikre seg at medarbeidere faktisk følger de faste rutinene det er lagt opp til.

Til sist er det viktig å påpeke at rutiner og annet bør iverksettes i organisasjonen uten at «bekymringsblikket» tar overhånd. Organisasjonen bør altså hele tiden ha et kritisk blikk på sin egen virksomhet angående tidlig intervensjon. Da er det organisasjonen som bør ha det, ikke den enkelte medarbeider alene. Punktvis kan suksesskriteriene oppsummeres som følger:

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

For at BTI skal fungere slik det er beskrevet over, er det altså en del organisatoriske trekk som bør være til stede i de enhetene og tjenestene som er involvert i arbeidet.

Evalueringen systematiserer derfor hvordan de faktisk forholder seg til dette. Det gjøres ved bruk av det vi kaller samordningstrappen som vises i figur 3.1.

Figur 3.1 *Samordningstrappen*



(Basert i Arnstein 1969, Hofstad mfl. 2012)

Første steg er informasjon. All samordning og samhandling er basert i at det gis god og lik informasjon til alle parter. I denne sammenhengen vil det inkludere klienter og brukere, samt pårørende. Pårørende i denne sammenhengen er foreldre (Helsedirektoratet 2010). Samarbeid og koordinering er ressurskrevende. Informasjon må sendes, mottas og forstås. Og dette tar tid (Jacobsen 1993). Andre steg er konsultasjon som viser til at alle relevante parter konsulteres, det dreier seg om kolleger i samme eller andre enheter, nærmeste ledere, samt brukere og pårørende. Begge disse stegene kan gjennomføres som samarbeid på individnivå uten at det gis institusjonell støtte for å gjennomføre samarbeidet og uten at det opprettes en stafettlogg. Det vil dermed også være usikkert om disse formene for samarbeid vil ha resultater. Dette kan tilsvare nivå to i BTI (Socialstyrelsen 2008, 2011). Dialog og diskusjon er en mellomform, det vil kunne tas i bruk ved samarbeid på individnivå, men vil kreve institusjonell

støtte i form av møtefora og ressurser å bruke på dialog. Trinnet over er enighet om meninger og holdninger som krever mer kontinuerlig samhandling enn dialog og diskusjon. Siste trinn er felles handling. De to siste trinnene vil også kreve institusjonell støtte i form av ressurser til faste møtefora, samt ressurser som muliggjør handling og eventuelle tiltak overfor utsatte barn og unge. Disse vil kunne sammenlignes med nivå tre i BTI (ibid).

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

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

Alle disse formene for samarbeid og samordning krever kompetanse. Det trengs faglig kompetanse om hvordan utsatte

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

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

3.3 Samarbeid i deltakende kommuner

Jf. lovverket handler tidlig innsats for barn og unge mye om samordning og samarbeid. Lovverket viser til at det er pliktig for kommunene å legge til rette for at kommunale enheter kan yte de tjenestene de er pålagt å yte. Det dreier seg da om å legge til rette for felles handling som er samordningstrappens øverste trinn: Altså bli enige om hva som skal gjøres, hvordan det skal gjøres og hvem som har ansvaret. Samordning foregår på systemnivå og etablering av team er en beslutning som må fattes på systemnivå i kommunen, det er en viktig betingelse for å sikre at felles handling kan forekomme, men felles handling kan også forekomme på individnivå. Tabell 3-1 viser hvor mange respondenter som vet at det er et tverretatlig eller tverrfaglig team i sin kommune.

3.3.1 Tverretatlige team

Tverretatlige eller tverrfaglige team er en betingelse for felles handling som ligger høyt i samordningstrappen. Slike team er ikke en betingelse for at det kan foregå dialog og diskusjon om aktuelle tema, de er heller ikke en betingelse for at det kan etableres enighet og meninger og holdninger, det kan skje også uten at det er etablert team. Men team tilrettelegger samtidig for de ovenfor nevnte aktivitetene som alle har en sentral plass for å få til felles handling, og de er på systemnivå. Metodikken i tidlig intervensjon er tverretatlig og tverrfaglig arbeid og Bedre Tverrfaglig Innsats er

et program nettopp for å få dette til. Tabell 3.1 viser hvorvidt medarbeidere og ansatte i nøkkelkommunene vet om det er et tverretatlig eller tverrfaglig team i sin kommune og om det er et team der det diskuteres konkrete bekymringer for barn med samtykke.

Tabell 3.1 *Tverretatlig/ tverrfaglig team i kommunen* (N 2012=2260, N 2015= 1562 og 1542)*

	Ja 2012	Nei 2012	Vet ikke 2012	Ja 2015	Nei 2015	Vet ikke 2015
Er det tverretatlig eller tverrfaglig team for anonym diskusjon i kommunen?	51 (1154)	2,5 (56)	43 (983)	61 (954)	3 (53)	35,5 (555)
Er det team der det diskuteres konkrete bekymringer med samtykke?	34,5 (775)	4 (86)	59 (1339)	49 (751)	4 (56)	48 (735)

*For 2012 var det i forrige rapport med hvor mange som ikke svarte. Det summerte da til 2260. Se tabell i Helgesen 2013.

- Andelen som svarer at det er tverretatlig eller tverrfaglig team i kommunen der bekymringer diskuteres anonymt har økt. 51 % svarer dette i 2012 mens 61 svarer det i 2015
- Andelen som svarer at det er et tverretatlig eller tverrfaglig team i kommunen der det diskuteres konkrete bekymringer for barn og unge med samtykke har også økt
- Svarene på begge spørsmålene begge år har en høy vet-ikke-andel

Mange vet altså fortsatt ikke, etter at BTI har gått som forsøk i nesten tre år, om deres kommune har etablert et tverretatlig eller tverrfaglig team der bekymringer knyttet til barn og unge kan diskuteres i deres kommune. En så høy vet ikke-andel viser til at den mest grunnleggende betingelsen for samordning og samarbeid mellom tjenester, som er informasjon, ikke var tilstede angående team i nøkkelkommunene i 2012 og heller ikke er det i 2015. Det

er et poeng at ikke er nødvendig at alle vet alt knyttet til tverrfaglig samhandling i kommunene, men å vite at kommunen faktisk har et team eller ikke der det som oppfattes som problemer for barn og unge kan diskuteres er en grunnleggende kunnskap å ha for den beslutningen individuelle medarbeidere skal ta om eventuelt å ta slike bekymringer videre i systemet. Samtidig ser vi i et åpent spørsmål at det svares at team for anonym diskusjon legges ned. Hvorvidt dette medfører at flere eller færre tar opp sine bekymringer kan vi ikke svare på, men det kan være positivt for at bekymringer faktisk kan handles på etter at de er diskutert i teamet.

Når vi går videre og spør om egen tjeneste er representert i teamet der konkrete bekymringer diskuteres med samtykke er det 566 respondenter som svarer at den er det i 2012, mens det er 751 som svarer dette i 2015, 620 har også svart på spørsmålet om hvilken kommune de jobber i. Fordelt på kommuner varierer andelen som svarer at egen tjeneste er representert forholdsvis mye begge år. I de tre mellomstore kommunene var det langt flere enn i andre kommuner som svarte ja på at egen tjeneste var representert i 2012. I 2015 er det ikke noe mønster i disse svarene. Selv om det er flere som svarer på spørsmålet sammenlagt er stigningen liten.

Selv om egen tjeneste ikke er representert i teamet vet medarbeidere ofte hvilke enheter som er representert, og på spørsmålet om hvilke tjenester som er representert i teamet fordeler svarene seg som i tabell 3.2.

Tabell 3.2 *Tjenester som er representert i team* (N= 2012:565-567, 2015:1576)

Tjeneste	Ja 2012	Ja 2015
PPT	87 (492)	60 (948)
Barnevern	84 (476)	59 (932)
Skole	62 (353)	47 (743)
Helsestasjon	50 (286)	42 (660)
Skolehelsetjeneste	40 (260)	32 (505)
Barnehage	38 (213)	41 (645)
Psykisk helsetjeneste	26,5 (150)	17 (275)
Fastlegen	15 (84)	15 (242)
Rustjenesten	7 (39)	5 (72)
Kommunepsykolog	6,5 (37)	7 (116)
NAV	6,5 (37)	6 (88)

Kommunelege	5 (28)	6 (86)
Kommunal OT-kontakt	1,5 (9)	3 (49)
Hjemmetjenesten	1 (5)	2 (31)

Disse tallene er dessverre ikke direkte sammenlignbare da det i 2012 bare var de som svarte ja på om kommunen hadde team der bekymringer diskuteres med samtykke som fikk gå videre og svare på spørsmålet om hvilke tjenester som var representert i det. Denne løsningen ble ikke valgt i 2015 da muligheten til å svare at det er etablert et annet samarbeidsforum for tidlig innsats ble lagt til som et eget åpent spørsmål. Dette er det 208 som svarer positivt på og skriver litt om hvilket forum det er, mens 74 faktisk velger dette spørsmålet for å svare vet ikke.

- De aktørene som oftest deltar i team er de samme begge år: pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), barnevern og skole

Dette tyder på at andelen som kjenner til team, som er en viktig faktor for å arbeide i tråd med BTI, har økt. For 2012-data var det grunn til å tro at flest team i nøkkelkommunene var satt sammen av representanter for PPT, barnevern og skole. Dermed bestod teamene trolig av hjelpetjenestene for barnehage, skoler og helsestasjon- og skolehelsetjeneste. Både skole og barnehage hadde et lite antall representanter i team relativt til andelen ansatte i skoler og barnehager som svarer på undersøkelsen, jf. tabell 4.1 i neste kapitel. Knyttet til 2012-data ble det satt fram en antakelse om at siden det var ansatte i pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) som hyppigst ble oppgitt som representanter i teamet, mens barnevernet kommer på andreplass, kunne tyde på at teamet respondentene hadde i tankene når de svarte, var et fast team med faste representanter og som griper over et bredt spekter av problemstillinger.

Selv om det også nå er flest som svarer at PPT er representert i team, er det i antall flere som deltar fra flere tjenester i 2015 enn i 2012. Trenden med faste team som diskuterer et bredt spekter av problemstillinger kan dermed være i prosess med å endres mot mer fleksible team som knyttes tettere til aktuelle problemstillinger som i større grad angår BTI.

I diskusjonen til tabell 4.1 og 4.2 vises det til at langt de fleste som svarer på undersøkelsen var ansatt i skole og at ansatte i skole og barnehage til sammen utgjorde 82 % av dem som svarte i 2012.

Den gang var det få respondenter til undersøkelsen som var ansatt i de tjenestene som skårer høgest på å være representert i team. Det høye frafallet til spørsmålet kan igjen tyde på at det var lite informasjon og kunnskap om slike team blant dem som svarte på undersøkelsen. I 2015 er det igjen medarbeidere i skole og barnehage som er de som oftest svarer, deretter kommer barnevern. Det er ikke stort frafall til spørsmålet som sådan, da 1659 respondenter har svart hvilken tjeneste de jobber i.

I 2012 hadde 106 respondenter skrevet tekst i annet-rubrikken. Noen påpekte der at det er flere team og at ikke alle tjenestene som er nevnt er representert i samme team. Andre påpekte at teamene varierte i henhold til problemstillingene de arbeidet med. I 2015 ser vi at dette trolig er innarbeidet i større grad enn det var i 2012. Mens en del i 2012 nevnte at ergo- eller fysioterapitjenesten i deres kommune var med i teamet, er det ingen som gjør det i 2015. BUP er nevnt begge år, det er også politiet, at barnehuset deltar ser ut til å være nytt for 2015.

Den høye andelen respondenter til undersøkelsen som ikke visste om det er et tverretatlig eller tverrfaglig team i deres kommune er redusert mellom årene, men på grunn av lav svarprosent i 2015 er det fortsatt få som vet om egen tjeneste faktisk er med i teamet. Som en forlengelse av disse spørsmålene, er respondentene også spurt hvordan det tverretatlige og tverrfaglige samarbeidet i kommunen deres er organisert. Dette spørsmålet er knyttet til hvordan teamet arbeider og om ledere og ansatte har kunnskap om arbeidsform og organisering. Respondentene er bedt om å krysse av for påstander om hva de vet om organiseringen og arbeidet i teamet, samt om rutiner for informasjonsutveksling og oppfølging av tiltak som er planlagt eller igangsatt. Også på dette spørsmålet var svarprosenten lav i 2012, av 2260 respondenter er det bare 772 som har gått videre med det. Hvordan svarene fordeler seg vises i tabell 3.3.

Tabell 3.3 Organisering av tverrfaglige og tverretatlige team i 2012
(N=572)

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

- 80 % av ansatte som har svart på spørsmålet visste hvordan de kunne ta opp saker i det tverretatlige teamet
- 64 % visste hvem som hadde ansvar for å forberede og kalle inn til tverretatlige møter
- 58 % hadde klart for seg hvem som var møteleder

Det var imidlertid langt færre som kjente til rutiner for utveksling av informasjon og saksopplysninger i tverrfaglige møter (45,5 %), og til rutiner for oppfølging av planlagte eller igangsatte tiltak (45 %). Det var ikke helt vanlig at foresatte ble invitert til møter, men de som svarte ja og av og til utgjorde til sammen 62 %. Hvis foresatte ble invitert er det heller ikke sikkert at de kommer og 47 % svarte ja og av og til på det spørsmålet i 2012.

I 2015 har alle kunnet svare på tilsvarende spørsmål. Ordlyden i noen av spørsmålene er forenklet, av og til-kategorien er tatt ut og vi har gitt respondentene mulighet til å svare ja, nei eller vet ikke. Resultatet for 2015 vises i tabell 3.4.

Tabell 3.4 *Organisering av tverrfaglige og tverretatlige team i 2015*
(N=1455-1494)

Påstander	Ja	Nei	Vet ikke
Jeg vet hvem som har ansvaret for forberedelser og innkalling til tverretatlig møte	45 (672)	16 (238)	39 (584)
Jeg vet hvem som er møteleder	41 (600)	19 (284)	40 (598)
Vi har rutiner for utveksling av informasjon og saksopplysninger i tverrfaglige møter	41 (613)	8 (113)	51 (756)
Vi har rutiner for oppfølging av planlagte/igangsatte tiltak	44 (650)	8 (116)	48 (701)
Foresatte blir invitert til møtet	44 (648)	9 (131)	47 (701)
Det er vanlig at foresatte deltar på møtene	32 (472)	18 (265)	51 (718)
Jeg vet hvordan jeg får tatt opp saker i det tverretatlige teamet	55 (807)	8 (117)	37 (551)

- 55 % av ansatte som har svart på spørsmålet vet hvordan de kan ta opp saker i det tverretatlige teamet
- 45 % vet hvem som har ansvar for å forberede og kalle inn til tverretatlige møter
- 41 % vet hvem som er møteleder

Det ser umiddelbart ut til at det er færre som har kunnskap om tverrfaglige team og møtefora, men de reelle tallene for ja-svar har økt for alle delspørsmålene. Det er altså flere som har svart på spørsmålet i 2015 enn i 2012. Fordi alle kunne svare på dette spørsmålet har også andelen som svarer vet ikke økt i 2015.

Også på dette spørsmålet er det mulig å tolke det store frafallet i 2012 og den høge andelen vet ikke-svar i 2015 som at respondentene ikke har konkret informasjon og kunnskap om tverretatlige og tverrfaglige team og møter. Fordi frafallet og vet

ikke-andelen på spørsmålene er høy, er det mulig å sette fram en antakelse om at kunnskapen og informasjonen om tverretatlige og tverrfaglige team og møter, samt deres arbeidsform, fortsatt er liten blant ansatte i nøkkelkommunene. Selv om prosentandelen av dem som svarte er høy for at ledere og medarbeidere vet hvordan de får tatt opp saker i teamet, er det få svar på spørsmålet i 2012 (458 av 2260), men tross alt noen flere i 2015 (672 av 1494). Samtidig kan det pekes på at det ikke er sikkert alle ansatte i relevante tjenester skal ha detaljert kunnskap om de tverretatlige teamene.

Tilstanden er enda dårligere for spørsmålene om rutiner for oppfølging av planlagte og igangsatte tiltak og for rutiner for utveksling av informasjon og saksopplysninger. I 2012 ga dette et bilde av at oppfølging ikke ble gjennomført i nøkkelkommunene (255 av 572), samt av at kunnskapen om slike faktorer var lite utbredt. I 2015 er dette mye bedre. Da er det 650 av 1482 som svarer positivt.

Fordelingen mellom ledere og ansatte i nøkkelkommunene som svarte på undersøkelsen er lik mellom årene; 20 prosent er ledere og 80 prosent er ansatte. På spørsmålet om oppfølging av rutiner var det i 2012 en fordeling på 28 prosent ledere og 72 prosent ansatte som svarte. I 2015 var det 15 prosent ledere og 41 prosent ansatte som svarte at rutinene ble fulgt opp.

På et åpent spørsmål om hva som er barrierer for å handle i forhold til utsatte barn og unge var det mange som svarte i 2012 og det er vist til noen sitater knyttet til tverretatlig og tverrfaglig samarbeid i Helgesen 2013. De pekte i hovedsak på ressurser som tid og økonomi, opplevelse av ansvarsfraskrivning på ledernivå og lite samarbeid mellom tjenester, lang behandlingstid og dårlig tilbakemelding. For 2015 har dette ikke endret seg vesentlig og det presenteres et utvalg sitater nedenfor. Av de 1765 som har svart helt eller delvis på skjemaet, er det 435 som har avgitt svar på dette åpen spørsmålet. Det er mange.

At det er veldig tidkrevende. Ubehag – kan være ubehagelig i forhold til andre etater, spesielt barnevernet. Vanskelig å gripe inn i «privatlivets fred»

Ikke tilgjengelig personale. Vet ikke hvem som skal kontaktes

Ressurser: Tid og kompetanse. Erfaring med at det ikke hjelper likevel. Usikkerhet rundt/mangel på hvem som kan hjelpe

Tidsklemma/manglende ressurser, både knyttet til innhenting av dokumentasjon, samtaler/drøftinger med kolleger, fasttidsmøter, og møter med andre etater om enkeltbarn. Usikkerhet om veien videre og hvilke tjenester som kan tilby hjelp til familien

Får ikke tilbakemelding fra de over meg i systemet

Får ikke støtte fra ledelsen

Lange ventelister (f.eks. på BUP). Hjelpeinstanser er rådløse fordi de ikke har erfaring med problemstillingen

Usikker på om det er reelt. Tverretatlig team har i perioder vært lite handlingsdyktige

Det tar lang tid fra en melder bekymring og til kontakten etableres

Usikkerhet. Ansvar, hvem er det som skal melde? Tvil om hva som kommer ut av eventuell videreformidling av bekymringen

Barnevernet i kommunen er beryktet for å være inkompetent pga. overarbeid. De gjør dårlig forarbeid før avgjørelser fattes. Vi i skolen tør ofte ikke bruke barnevernet her i kommunen for å få hjelp. Det krever mye tid å involvere seg i slike saker

Vanskelig å få tak i saksbehandler i barnevernet. For liten psykologisk helsetjeneste, for lang ventetid

Vanskelig saksgang. Får ikke tilbakemeldinger, vet ikke hva som skjer

Manglende rutiner for hvem du skal snakke med. Ansvarsfraskrivelse. For mye byråkrati. Regler for riktig saksgang

Det kan gå lengre tid enn ønsket før adekvate tiltak blir iverksatt. Det oppleves som helt greit å følge opp bekymring i kommunen. Vi har et godt tverretatlig/tverrfaglig samarbeid

Ved melding til barnevern – ofte usikker på om saken blir fulgt godt nok opp – savner fortsatt et tettere tverrfaglig samarbeid for å sikre oppfølging av barnet. Stafettloggen har gjort foreldresamarbeidet enklere

Vrient å få drøftet med andre instanser på grunn av ingen møtepunkt i forkant av en sak/bekymring. Ikke en klar linje/prosedyre for hvem man kan kontakte. Skole og barnevern har ikke dialog i forkant av møter, underveis eller evaluering i etterkant slik at man får et bilde og forståelse for av de valg som er gjort

Vi har fast ressursteam her på skolen som møtes ukentlig. Når en lærer har en bekymring leveres det en kortfattet bekymring til R-teamet som fordeler oppfølgingsoppgaver. Ved henvendelse til eksterne etater innhenter vi samtykke fra foresatte først. Vi opplever ikke at vi har barrierer

Det må bli bedre flyt av informasjon. Har opplevd å plutselig oppdage at det foregår arbeid inn mot en elev fra andre parter samtidig som jeg, som kontaktlærer, arbeider med PPT om de samme problemene. Heller ikke PPT var informert i dette tilfellet

Sitatene viser fortsatt til mangel på informasjon, manglende plassering av ansvar, kapasitetsproblemer og barnevernet som barriere for samarbeid. På den negative siden styrker sitatene også fortsatt bildet som tallene gir, om at tverretatlig og tverrfaglig samarbeid er vanskelig og kanskje fortsatt lite utbredt i mange av nøkkelkommunene, samt at det er dårlig organisert. Samtidig er det siste sitatet veldig løfterikt og viser til at det kan utvikles metoder for å få til tidlig innsats. Det viser til at det er etablert faste rutiner for samarbeid på skolen, for oppfølging og for å ta kontakt med eksterne etater. Sammenlignet med det nest siste sitatet kan det påpekes at de viser til ytterpunkter for organisering i en enhet. Det nest siste viser tydelig mangel på organisering, mens det siste viser til en organisering på skolen som kan kalles eksemplarisk.

Fortsatt ser informasjonen og kunnskapen blant ansatte om tverretatlige og tverrfaglige team, og møter i slike team, ut til å være liten i nøkkelkommunene. Den aller mest grunnleggende betingelsen for at samarbeid og samordning kan forekomme, som er informasjon, ser altså ikke ut til å være tilstede. Det vil bety at samordning på systemnivå er utfordrende i nøkkelkommunene.

3.3.2 Roller

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

Resultatene i tabell 3.3 og 3.4, samt sitatene viser til at også dette kan være utfordrende i nøkkelkommunene. Dette går det nærmere inn på nedenfor og det spørres om ledere og ansatte oppfatter at det er klarhet og tydelighet i roller og ansvar for oppfølgingen knyttet til de ulike tjenestene som deltar i dette arbeidet.

Spørsmålets formulering «Er det tydelig for deg hvilke rolle og ansvar de ulike tjenestene har for oppfølging av barn og unge det er knyttet bekymring til» viser ikke til om respondentene svarer på den rollen de faktisk opplever at tjenesteenhetene har eller på den rollen de burde ha qua tjenestene de leverer. I spørsmålsstillingen er respondentene eksplisitt bedt om ikke å vurdere tydeligheten i rollen til egen tjeneste. Respondentene skal altså vurdere andre tjenesters roller og tydelighet i ansvar. Antallet som kan krysse av for skole og barnehage blir derfor lavt ettersom de fleste av dem som svarer på undersøkelsen arbeider i en av disse tjenestene (se tabell 4.2). Spørsmålet er det samme begge år, men svaralternativene er endret i 2015. Mens det i 2012 var mulig å svare ja, nei og krysse av for uaktuelt, ble respondentene i 2015 kun bedt om å krysse av for tjenester som var tydelige knyttet til roller og ansvar.

Tabell 3.5 viser fordelingen av svar i 2012, mens tabell 3.6 viser hvem som krysset av for tydelighet i tjenesten i 2015.

Tabell 3.5 *Tydighet i roller og ansvar for oppfølging i 2012*

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

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

På 4. og 5. plass i tydelighet vurderer de ansatte rollene helsestasjonen (62 %) og skolehelsetjenesten (61 %) har for oppfølging av barn og unge det er knyttet bekymringer til. Barnehager kommer på 6. plass med 56 % som oppfatter at deres rolle i dette er tydelig. Dette varierer noe fra tabellen som viser hvilke tjenester som er med i team. At PPT' skårer høyt på tydelighet i roller kan skyldes at de er en vanlig samarbeidspartner for skoler og barnehager.

I 2015 er resultatet som vist i tabell 3.6.

Tabell 3.6 *Tydighet i roller og ansvar 2015 (N=1565)*

Tydighet i roller og ansvar for oppfølging	Andel krysset av for
Barneverntjenesten	55 (856)
Pedagogisk psykologisk tjeneste	53,5 (837)
Helsestasjon	41 (646)
Skole	29 (459)
Skolehelsetjenesten	29 (454)
Barnehage	28 (438)
Fastlegen	27,5 (430)
Psykisk helsetjeneste	20 (306)
Rustjenesten	9 (134)
NAV	8 (129)
Rus- og psykisk helsetjeneste	8 (127)
Kommunelege	7,5 (118)
Kommunepsykolog	7 (115)
Hjemmetjenesten	5 (76)
Kommunal OT-kontakt	3 (52)
Annet	2 (38)

- PPT og barnevern er fortsatt de tjenestene som oppfattes som tydeligst i roller
- Helsestasjon og skole har byttet plass siden 2012, og nå er det helsestasjon som vurderes som tydeligst av de to

Rangeringen mellom barnevern og PPT er endret i 2015 der barnevern nå er den tjenesten flest mener er tydelig i roller. Det kan tyde på at flere kommer i den situasjon at de vurderer barnevernets rolle, dvs. samarbeider med tjenesten. Den lave svarprosenten i 2015 gir ikke mulighet til å spekulere så mye i disse forskjellene, men det kan tyde på en svak endring i synet på hvorfor det samarbeides. Utover disse tjenestene er det få som krysser av for tydelighet i 2015. Situasjonen med skole og barnehage, som det vises til over, for 2012, blir heller ikke like utfordrende når det totale antallet svar er lavere.

Rolleklarhet eventuelt uklarhet kan også knyttes til posisjoner og enkeltledere- og ansatte. Avkrysningene som er gjort på spørsmålet der respondentene er bedt om å ta stilling til påstanden «Jeg vet

hvem i kommunen som har kompetanse/ansvar for å følge opp barn og unge» som har de nevnte utfordringene er knyttet til personer med oppfølgingsansvar. Hvordan svarene fordelte seg i 2012 vises i tabell 3.7.

Tabell 3.7 *Tydighet i roller: Kompetanse og ansvar for å følge opp barn og unge. Prosent, hele tall i parentes (N=2260)*

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

- 67 % har kjennskap til hvem som har kompetanse eller ansvar i spørsmål om barn og unge som strever på grunn av psykiske problemer eller mobbing.
- 63 % vet hvem som har kompetanse og ansvar i spørsmål om barn og unge som har vært utsatt eller vitne til vold eller overgrep.
- 46 % vet hvem som har kompetanse og ansvar hvis barnet eller den unge selv har somatisk sykdom.

Tabellen viser at i 2012 varierte det i hvilken grad ansatte i tjenestene visste hvem som hadde kompetanse og ansvar både angående barn og unge det var knyttet bekymringer til, og angående deres foreldre.

I 2015 er spørsmålstillingen endret og vi spør først om respondentene vet hvem som har ansvar for å følge opp barn og unge. Det er 1614 respondenter som svarer på spørsmålet og av de er det 75 prosent som vet dette, 13 prosent svarer nei, de vet ikke dette, mens 12 prosent krysser av for vet ikke. Også her forandret vi svaralternativene slik at respondenten bare krysser av hvis de visste hvem som har ansvar for oppfølging, samt at vi endret noe på ordlyd i spørsmålene for å få dem mer presise. Spørsmålet om mobbing og psykiske problemer som i 2012 ble stilt som ett spørsmål er blant annet delt i to separate spørsmål i 2015.

Tabell 3.8 *Tydighet i roller: Kompetanse og ansvar for å følge opp barn og unge 2015 (N=1241)*

Påstand	Andel som krysser av i 2015
Som har foreldre med rusutfordringer	75 (935)
Som har forelder/foreldre med psykisk sykdom	72 (899)
Som har vært utsatt for, opplevd eller vært vitne til vold/ overgrep	69 (852)
Som strever på grunn av psykiske plager	67 (830)
Som strever på grunn av mobbing	61 (760)
Som selv har en rusutfordring	60 (740)
Som har forelder/foreldre med andre typer utfordringer	60 (734)
Som har andre typer utfordringer	56 (700)
Som har forelder/foreldre med alvorlig somatisk sykdom	46 (629)
Som selv har en somatisk sykdom	51 (574)

- 75 % vet hvem som har ansvar for barn eller unge som har foreldre med rusutfordringer
- 72 % vet hvem som har ansvar for barn og unge som har foreldre med psykisk sykdom

Knyttet til disse spørsmålene er det en reduksjon i antallet som vet dette, og som trolig er et resultat av lavere svarprosent på undersøkelsen i 2015 enn i 2012. Å vite hvem som har kompetanse eller ansvar betyr også at de vet hvem de skal henvende seg til hvis det skulle oppstå bekymring om barn eller unge de har kjennskap

til. Det ble vist til i sitatene som er gjengitt over at det er en del som mener at dette fortsatt er uklart i nøkkelkommunene.

I 2012 var det få ansatte som visste hvem som hadde kompetanse og ansvar knyttet somatisk sykdom, både angående barn og unge det er knyttet bekymringer til, og angående deres foreldre. Dette bildet holder stand i 2015. Angående barn og unges egne rusutfordringer var det en høyere andel som hadde kjennskap til hvem som hadde ansvar for oppfølging i 2015 enn i 2012.

Det er optimistisk med hensyn på tidlig intervensjon at utfordringer barn og unges foreldre har med rus og psykisk sykdom, har krøpet godt oppover på oppmerksomhetsstigen. Mens dette var tema respektive 51 og 56,5 prosent av de ansatte visste hvem som hadde kompetanse om og ansvar for i 2012, er det nå henholdsvis 75 og 72 prosent som vet dette.

3.4 Vurdering av samarbeid mellom tjenester

I tabell 3.9 vises oppfatningen av samarbeid med andre tjenester. I 2012 ble respondentene bedt om å vurdere samarbeid med 18 ulike enheter. I 2015 er antallet enheter respondentene bes om å vurdere redusert til 9 på bakgrunn av at en del svarkategorier fikk svært dårlig respons i 2012. I 2012 var svaralternativene svært godt, godt, både og, dårlig og svært dårlig, samt ikke aktuelt. Med så mange svaralternativer ble antallet som svarte på hver svært lavt og antallet svar på hver av disse ble slått sammen i presentasjonen (Tabell 4.6 i Helgesen 2013). I 2015 ble derfor svaralternativene endret til godt, både og, dårlig og ikke aktuelt.

I spørsmålet til tabell 3.9 under er respondentene bedt om å vurdere samarbeid med forskjellige tjenester, BUP er utenfor kommunal organisasjon. Det er altså ikke entydig bedt om vurdering av samarbeidet i teamet, men det er bedt om en vurdering av samarbeid med andre enheter generelt. Resultatene samsvarer likevel i noen grad med resultatene i tabell 3.2. Tabellene viser generelt at det er de samme fem kommunale tjenestene som kommer høyest opp på listene, PPT, skolehelsetjenesten, skole, helsestasjon, barnehager og barnevern, men tjenestenes plassering er noe endret. Tabell 3.2 viser at det er PPT som oftest har medlemmer i teamet der det diskuteres konkrete bekymringer med

samtykke. PPT er også den tjenesten som respondenter fra andre tjenester hyppigst vurderer at de har et godt samarbeid med (57 %).

Tabell 3.9 *Vurdering av samarbeid med tjenester i 2015*. Prosent, hele tall i parentes

Tjeneste	Godt	Både og	Dårlig	Ikke aktuelt	Antallet svar
PPT	57 (757)	35 (454)	3 (34)	6 (72)	1317
Skolehelsetjenesten	49 (561)	23,5 (270)	2,5 (29)	25 (285)	1145
Skole	47 (510)	31 (331)	1,5 (17)	20,5 (221)	1079
Helsestasjon	40 (489)	27 (327)	5 (55)	28 (335)	1206
Barnehager	38 (443)	22 (262)	2 (28)	38 (439)	1172
Barnevern	32,5 (422)	51 (677)	8 (109)	8,5 (111)	1319
BUP	29 (374)	50 (647)	9 (115)	12 (163)	1299
Fastlege	14 (167)	33 (388)	16 (182)	37 (436)	1173
Rus- psykisk helsetjeneste	13 (139)	22 (235)	7 (77)	58 (604)	1055
Annet	7 (28)	10 (37)	1 (5)	82 (302)	372

- 57 % vurderer samarbeidet med PPT som godt (53 % i 2012)
- 49 % vurderer samarbeidet med skolehelsetjenesten som godt (40 % i 2012)
- 47 % vurderer samarbeidet med skole som godt (36 % i 2012)
- 40 % vurderer samarbeidet med helsestasjonen som godt (37 % i 2012)

I 2012 kom det fram at noen tjenester framstod som tydeligere enn andre både som medlemmer i teamet der bekymringer ble diskutert med samtykke og som samarbeidspartnere. Tjenestene var først og fremst PPT, barnevern, skole og helsestasjon, som var dem som ble kryssset av, av flest respondenter. Dette ser ut til å være et mønster også i 2015, med unntak av barnevernet som har skiftet plass med barnehagene. Barnevern er interessant fordi det vurderes som tydelig i roller, men havner midt på treet i spørsmålet om vurdering av samarbeid. BUP kommer lengre nede på listen og vurderes som en god samarbeidspart av færre i 2015 enn i 2012.

I 2012 var det færre som vurderte at samarbeidet med en tjeneste var godt enn som mente den samme tjenestens rolle og ansvar for oppfølging var tydelig. Det ble satt fram en antakelse om at dette avspeilet erfaringene enheter og medarbeider gjorde ved kontakt, eller at det i liten grad ble tatt kontakt. Det samme mønsteret kan observeres også i 2015 og antakelsen beholdes derfor. I samhandlingstrappen, ble det argumentert for, ville det innebære at grunnlaget for, og gjennomføring av konsultasjon med andre medarbeidere og ledere i både egen enhet og andre enheter – om barn og unge det knyttes bekymring til – var usikkert. Det er det altså fortsatt og det avspeiles også i svarene på det åpne spørsmålet om barrierer for å følge opp bekymringer.

Også angående roller er det en del sitater i det åpne spørsmålet som viser at ansatte og ledere i nøkkelkommunene opplever rolleklarheter knyttet til oppfølging av barn og unge det knytter seg bekymring til. Det er det også denne gangen og noen eksempler vises nedenfor.

Faller mellom to stoler fordi enhetene mener en annen bør ta problemet. En etat sier – men vi jobber da ikke med dette – vi har ikke ressurser – dermed glipper hjelpa. Etaten har ikke nok empati/kompetanse til å se at barnet er i nød

Er mitt inntrykk riktig. Kan jeg stole på at det barnet sier er riktig. Vil saken noen gang bli fulgt opp

En griper inn i indre familieliv. Problemer kan bli forsterket. Manglende handling fra etater. Lite hjelp å hente

Dårlig ledelse, bekymring for reaksjoner hos foreldre, usikkerhet om hva som må gjøres

Det tar tid å få hjelpetjenestene på banen. Er dette alvorlig nok? Hvordan vil det at min bekymring tas opp påvirke barnets situasjon? Blir det bedre eller verre?

[bekymringene] blir ikke gjort noe med

At man ikke blir tatt på alvor. Det tar lang tid før noen tar tak i det. Stadig skifte av saksbehandlere

At man blir stående alene med saken. Usikker på om saken er alvorlig nok

At barnet feiltolkes av andre voksne som skal eller har snakket med barna. Veien i systemet er tungvint. Ting tar tid. Lite arenaer å drøfte bekymring med andre hvis ressursteamet er opptatt

Alt skal gå gjennom enhetsleder. Har opplevd at det stopper der. Mener min oppgave dersom det vekkes en bekymring er å ta det videre. Opp til barnevern å undersøke. ... mener at ped. leder bør kunne melde direkte til barnevernet

I 2012 ble det pekt på at situatene viste til flere sider ved rolleklarheten: Det var ikke kunnskap om hvem som har ansvaret, informasjonen fløt ikke på en god nok måte, det var uenighet mellom faginstansene, det var for mange ulike personer å forholde seg til, samt at regler og prosedyrer var uklare og diffuse. Det ble også vist til at det ikke ble gitt tilbakemelding fra overordnet i spørsmål om oppfølging av utsatte barn og unge, at ledelsen kunne være uenig i observasjonen som gjøres og at de som svarte på spørreskjemaet har følt seg direkte motarbeidet.

Dette bildet er i aller høyeste grad til stede også i 2015. I 2012 ble det satt fram en antakelse om at heller ikke ledere visste hvordan de skulle utforme sine roller mht. dette utfordringsbildet, og at når ledere har uklare roller vil det spille over på i hvilken grad medarbeidere konsulterer sine ledere angående aktuelle spørsmål. Disse antakelsene gjelder fortsatt og usikkerheten ser ut til fortsatt å være stor mht. hvordan tidlig innsats egentlig skal håndteres.

Barnevernet

Vi så over at det kan være tegn som tyder på at medarbeiders oppfatning av barnevernets tydelighet og roller er i ferd med å endres noe. Baklien (2009) peker på at en viktig barriere for samarbeid er at det mangler tillit i og til systemet. Medarbeidere i eventuelt samarbeidende enheter som skole og barnehage har ikke tillit til medarbeidere i barnevernet – de har dannet seg et bilde av at barnevernet enten ikke gjør noe hvis de får en bekymringsmelding eller at det tar veldig lang tid, og de får ikke tilbakemelding på sine henvendelser. Barnevernet på sin side gir en framstilling av egen arbeidssituasjon som preget av

ressursknapphet og at det i mange saker ikke er så mye for dem å gjøre. De gir også uttrykk for at mange saker som meldes til dem kommer for sent.

I denne undersøkelsen har barnevernet fått sitt eget spørsmål som lyder: «På en skal fra 1 til 5, i hvilken grad oppfatter du at saker dere melder til barnevernet blir fulgt opp?» Dette spørsmålet ble også stilt i 2012. Da var det til sammen 2093 respondenter som svarte på det, i 2015 er det 1488. Av dem mener 5 prosent at saker følges opp i liten eller svært liten grad (9 % i 2012), 34 prosent plasserer seg midt på treet og mener både og (23 % i 2012), mens 31 prosent mener at de følges opp i stor grad (27 % i 2012) og 9 prosent mener at de følges opp i svært stor grad (14 % i 2012). Det er en forholdsvis høy andel vet ikke-svar på dette spørsmålet (21 % mot 27 % i 2012). I 2012 var det en lav svarprosent på spørsmålet om enheters deltakelse i team og dermed også om barnevernets deltakelse. Svarprosenten var høyere i 2015 og tjenesten gis en klar rolle, og ansvaret for oppfølging som ligger i barnevernet er trolig tydeligere. Det er en del respondenter som oppfatter barnevernet som en tjeneste det kan samarbeides godt med, i tabell 3.9 svarer 32,5 prosent godt, 51 prosent svarer både og.

Barnevernet ble mye omtalt i det åpne spørsmålet om barrierer, og som sitatene over viser kan det tyde på at det i et par kommuner kan være knyttet usikkerhet til denne faginstansen, og også til barnevernets rolle i BTT. Nedenfor vises det til noen sitater angående barnevernet som er svar på spørreskjemaundersøkelsens spørsmål om barrierer for å melde saker.

Når man tror at andre følger opp en bekymring, f.eks. barnevernet, så får vi ikke melding om at de evt. ikke følger opp eller er ute av saken. Tverrfaglig samarbeid er vanskelig når etatene ikke «kan» snakke sammen

Fikk henvendelse fra barnevernet og fylte ut skjema.
Hørte ikke noe mer

Konkrete erfaringer med at Barnevernstjenesten kontakter foreldre direkte når jeg melder mistanke om seksuelle overgrep/vold

Tanken på at du tar feil. At barnevernet henlegger saken. Lite tilbakemeldinger fra barnevernet

Irritasjon over at barnevernet ikke følger opp saker og ALDRI gir tilbakemeldinger til oss i skolen om hva som skjer

Usikker på hvor mye som skal til for å melde til BVT (barneverntjenesten)

Mens det i 2012 ble uttrykt at barnevernet kunne bli stående alene med saker fordi andre trakk seg ut i det barnevernet fikk en sak, er dette ikke tema i 2015.

Sitater som dem vist til over, og i forrige runde, tyder på at Bakliens (2009) antakelse om manglende tillit mellom barnevernet og andre enheter fortsatt er aktuell for nøkkelkommunene. Den er kanskje mindre aktuell i 2015 enn den var i 2012, men meningene som uttrykkes av ledere og ansatte i sitatene, tyder på at deltakende tjenesteenheter i nøkkelkommunene fortsatt kan ha noe uklar forståelse av barnevernets rolle i tverretattlig og tverrfaglig arbeid for utsatte barn og unge. Knyttet til spørsmålet som ble redegjort for i tabell 3.9 kan det likevel tyde på at rollene blir klarere utformet over tid. Flere faktorer kan virke inn på uklar utforming av roller, de viktigste vil være ressurser og kompetanse, begge nevnes i sitatene over. Kompetanse behandles i kapittel 5.

3.5 Oppsummering

Samhandlingstrappen har flere trinn og informasjon er det nederste. Informasjon fungerer dermed som en nødvendig betingelse for at alle nivåene av tverrfaglig og tverretattlig samarbeid og samhandling kan forekomme, og at dette leder fram til felles handling. Det er flere som svarer på spørsmålet om om de kjenner til om kommunen har et team, likevel ser det ut til at det er utfordringer knyttet til informasjonsflyten om dette i nøkkelkommunene. Vi så at det i 2012 var et stort frafall på spørsmålene om det er team og det ble analysert dit hen at de fleste som har svart på skjemaet ikke visste om deres kommune hadde tverrfaglige team og hvilke tjenester som eventuelt var med i teamet. Det var også få som kjente til hvem som hadde ansvaret for å forberede og kalle inn til møter og hvordan de kunne ta opp

saker i teamet, og det var få som hadde oversikt over om kommunen hadde rutiner for oppfølging og informasjonsutveksling. Dette inntrykket ble forsterket av svar som ble avgitt på det åpne spørsmålet om barrierer for handling.

I 2015 er det flere som svarer positivt på at de vet at det er team i kommunen, vet-ikke-andelen er noe redusert, selv om den fortsatt er høy. Flere vet altså at det er et team i kommunen. Det er også noen flere i 2015 som vet at egen tjeneste er representert i teamet, og hvilke andre tjenester som er representert. Begge år var det PPT, barnevern og skole, og avstanden var ganske lang ned til skole. Dette an være et resultat av at de fleste som svarer har sitt arbeidssted i skole og barnehager. Uansett kan svarene tyde på at selv om det er de samme aktørene som er de mest sentrale i teamet begge år, det er satt i gang prosesser der teamene blir mer fleksible og knyttes tettere til aktuelle problemstillinger som kommer opp.

Som indikator for om det foregår konsultasjon brukes spørsmålet om tydelighet i roller og ansvar for oppfølging. Respondentene var trolig klar over hvilke roller ulike hjelpetjenester skal ha i 2012, og det var mange som mente at både PPT og barnevern hadde en tydelig rolle å spille i oppfølging av saker. For andre tjenester var det imidlertid mer uklarerhet mht. roller og det kan tyde på at det var uklarerheter i utforming av roller. Dette mønsteret er ganske tydelig også i 2015. Begge år ble det illustrert av de presenterte sitatene som gir eksempler på uklarerheter også på ledernivå. Slike uklarerheter vil påvirke i hvilken grad medarbeidere konsulterer hverandre og samarbeider på individnivå.

Det er flere som vurderer samarbeidet med tjenestene som godt. PPT skårer høyt på dette spørsmålet begge år. Barnevernet plasserte seg på en 5. plass i 2012 og falt ned til en 6. plass i 2015. Barnehager var på en 7. plass i 2012, men har krøpet oppover og havner nå på en 5 plass. I 2012 tolket vi svarene på dette spørsmålet som en indikasjon på at det var lav kvalitet på den dialogen og diskusjonen som eventuelt foregikk. Resonnementet var at ettersom få kjente til om deres kommune hadde et team, mens forholdsvis mange samarbeidet, foregikk trolig det samarbeidet som var på individnivå, og kanskje i en uformell setting. Det har konsekvenser for kontinuitet i rutiner, spesielt for oppfølging, men det kan også ha konsekvenser for de rutinene det er mulig å etablere mht. møtene som avholdes. Det er også viktig

for i hvilken grad det er mulig å komme fram til enighet om holdninger og ikke minst handlinger. I 2015 var det flere som kjente til teamene i kommunen, og det kan tyde på at samarbeidet formaliseres. Mens det ble trukket en konklusjon om at det var dårlige vilkår for handling i 2012, som er oppfølging av barn og unge som er identifisert som å være i en utsatt posisjon, er det nå grunn til å tro at dette er bedret.

Tverrfaglige arbeid foregår dermed trolig mer formelt og på systemnivå i 2015 enn det gjorde i 2012.

4 Forankring av og arbeid for utsatte barn og unge

4.1 Innledning

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

4.2 Involverte enheter

BTI har vært forsøksordning i nøkkelkommunene i to år når vi i 2015 sender ut et dette skjemaet for å kartlegge arbeidet med prosjektet. Når vi spør om egen tjeneste har vært pilot for BTI i kommunen er det 1629 respondenter som svarer på det, 24 prosent svarer ja, 36 prosent svarer nei, og så mye som 38 prosent vet ikke. Dette er nokså urovekkende med tanke på at BTI er en intervensjon i det daglige arbeidet i enhetene. Det tyder på at de burde ha merket seg hvis enheten de arbeidet i var pilot.

Det er allerede kommentert, med henvisning til tabell 3.9 at de fleste medarbeidere og ansatte som svarer på undersøkelsen arbeider i skole og barnehage. Til sammen så mange som 82 prosent av dem som svarer arbeidet i en av disse tjenestene i 2012. I 2015 er det 80 prosent som svarer som arbeider i disse tjenestene.

Antallet respondenter var høyere i 2012 og de ga noe mening å bryte det ned på kommuner og enheter (se tabell 5.1 i Helgesen 2013). Dette er en øvelse som gir mindre mening denne gangen fordi svarprosenten generelt er lav og i mange tjenesteenheter er 1-8 personer som har svart, og for veldig mange er det ingen. Tabell 4.1 og 4.2 viser likevel situasjonen for skole, barnehager og barnevern, som er de enhetene flest respondenter arbeider i, for begge år.

Tabell 4.1 *Medarbeideres tjenestested og kommune 2012* Prosent, hele tall i parentes*

Tjenestested/ Kommune	1	2	3	4	5	6	7	8
Skole	38 (29)	57 (47)	71 (114)	57 (214)	53 (105)	49 (227)	57 (93)	61 (452)
Barnehage	39 (30)	22 (18)	15 (24)	28 (107)	9 (18)	37 (171)	18 (30)	23 (167)
Barnevern	4 (3)	7 (6)	2,5 (4)	3 (12)	8 (16)	6 (29)	5 (8)	6 (45)
Antall svart	77	82	161	376	198	459	163	737

*Summerer ikke til totalt antall som har svart fordi alle enheter ikke er med

Tabell 4.2 *Medarbeideres tjenestested og kommune 2015* Prosent, hele tall i parentes*

Tjenestested	1	2	3	4	5	6	7	8
Skole	49 (57)	34 (13)	46 (79)	49 (117)	62 (115)	45 (108)	41 (70)	58 (322)
Barnehage	39 (46)	21 (8)	27 (46)	34 (81)	13 (24)	26,5 (64)	23 (40)	25 (141)
Barnevern	3 (4)	3 (1)	3,5 (6)	2,5 (6)	10 (18)	9 (22)	17 (29)	4 (21)
Antall svart	117	38	172	240	185	242	172	559

*Summerer ikke til totalt antall som har svart fordi alle enheter ikke er med

For de minste kommunene dreier dette seg om små tall og sammenligninger er lett å gjøre.

- Med unntak for kommune 1 i 2012 er det medarbeidere i skole som har svart hyppigst begge år
- Knyttet til barnevern er det størst nedgang i kommune 8, mens det i kommunene 3, 5, 6, og 7 er vekst i antall svar fra barnevernsansatte

Antall svar innenfor de ulike tjenestene avspeiler til dels typene tjenester og antallet enheter innenfor hver tjeneste, samt antallet ansatte. Selv som det er full barnehagedekning er det færre barn og ansatte i barnehage enn det er i skolen, og det reflekteres i antallet svar. Det er også disse tjenestene som møter alle barn, og som har kontinuerlig kontakt med dem over lengre tid. Det er dermed de som best kan observere endringer hos barn og unge som både kan utvikle seg over tid og som oppstår brått. Helsestasjon- og skolehelsetjenester er ikke inkludert i disse oversiktene fordi antallet svar var veldig lite begge år (2012:54, 2015:59). Det er et lite antall å dele på kommuner, men antallet svar reflekterer på mange måter størrelsen på kommunene. Helsestasjonene får for tiden oppmerksomhet, blant annet som underbemannet (Helsetilsynet 2012), og det lave antallet svar i denne undersøkelsen avspeiler kanskje en kommunal realitet. Samtidig er det naturlig at det er færre ansatte i helsestasjonsvirksomheten enn det er i barnehager og ikke minst i skoler. Det er avdekket at kommuner som har en rimelig bemanning i helsestasjon- og skolehelsetjenesten har færre alvorlige barnevernssaker enn andre kommuner (Myrvold mfl. 2011). Det spesielle med disse tjenestene er at de har kontakt med barn og deres foreldre over tid, og det er forholdsvis mye kontakt også før barna begynner i barnehage.

Kontakten er ikke like kontinuerlig som i barnehage og skole, men de har mulighet til å observere barnet i familiesammenhengen. Litteraturgjennomgangen knyttet til undervisrapporten viste imidlertid til at helsesøstre selv mente de ikke har så gode muligheter eller redskaper til å observere og danne seg et bilde av om barn er i en utsatt situasjon. Tjenester som barnevern og psykisk helsearbeid er tjenester som kommer inn etter at problemer har oppstått, de er dermed en form for kommunal «andrelinje» i forhold til barnehager, skoler og helsestasjoner. De

benevnes også hjelpetjenester. Det er likevel til sammen flere ansatte i barnevernet som har svart på undersøkelsen enn det er fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

4.2.1 Forankring av prosjektet i kommunal organisasjon

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

I 2012 varierte det hvor i den kommunale organisasjonen BTI-prosjektet var forankret i nøkkelkommunene. Intervjuer med prosjektledere viste at i noen kommuner hadde vedkommende en annen stilling som prosjektlederjobben kom i tillegg til. I en kommune var BTI-prosjektet forankret i NAV, men hadde en styringsgruppe som omfattet alle aktuelle enheter. I andre kommuner var prosjektet direkte underlagt kommunalsjefen for barn og unge og prosjektleder møtte i gruppe der også kommunalsjef og enhetsledere for barnehage, helse og skole møtte. I noen kommuner var prosjektet plassert i kompetanseavdelinger som hadde en stabsfunksjon for kommunalsjefen for oppvekst, og eller i rådmannens stab. I alle kommunene ble det den gang oppfattet dit hen at prosjektet hadde god lederstøtte og var godt forankret. Å ha ledelsesstøtte opplevdes som en nødvendighet, samtidig som en prosess som kunne ta tid. På tidspunktet intervjuene er gjort i 2013 opplevde prosjektledere at prosjektene var godt forankret på enhets-, rådmanns- og politisk nivå. Prosjektene ble også ofte initiert på ledelsesnivå.

I 2013 fikk vi kunnskap om at en kommune hadde fordelt prosjektlederjobben på tre personer i tre tjenesteenheter som hver arbeider i en 20 % stilling. Begrunnelsen for dette var at også andre enheter som var aktuelle for BTI skulle ha tett kontakt med prosjektet – prosjektet er tverrfaglig og på denne måten ville eierforholdet til det bli spredd. I de andre kommunene var prosjektlederjobben knyttet til en person. Medlemmene i

styringsgruppene var den gang sjefer for de aktuelle tjenestoområdene for BTI, og ofte var en politiker med i gruppen. Prosjektet var altså forankret i kommunenes øverste ledelse. Dette varierte noe med størrelse og toppleder-forankringen er tydeligst i de små og mellomstore kommunene.

I 2015 har vi spurt om forankring i nøkkelkommunene for å undersøke om det er generell kunnskap om dette blant ledere og medarbeidere som er involvert i BTI. Det var stort frafall på spørsmålet da bare 381 personer svarte på det og de fleste er ledere i en av nøkkelkommunene (351), 342 av dem svarte på spørsmålet. Hvis vi ser på forankring i sammenheng med lederposisjoner viser det seg at ledere mener det er forankret på ledelsesnivå og i mindre grad blant medarbeidere. Resultatet vises i tabell 4.3.

Tabell 4.3 *Organisatoriske nivåer ledere mener BTI er forankret på*
(N=342)

Nivå av forankring	Anel som mener det er forankret
Ledelsesnivå mellom tjenester	50 (170)
Ledelsesnivå i min tjeneste	48 (163)
Blant medarbeidere i tjenesten	37 (125)
I rådmannens/administrasjonssjefens stab	33 (112)
Vært gjenstand for politisk beslutning	18 (63)
Uaktuelt	3 (9)

- 50 % av ledere som har svart mener at prosjektet er forankret på ledelsesnivå mellom tjenester
- 33 % mener det er forankret på rådmannsnivå

Dette er positivt for det tverretatlige samarbeidet, men samtidig ser vi at det er noen færre som mener at det er forankret i egen ledelse, og det er et langt sprang ned til forankring hos medarbeidere. Støtte og informasjon på dette nivået er også viktig for forankring og tabell 4.4 viser hvordan ledere ser på dette.

Tabell 4.4 *Leders oppfatning om hvor de får informasjon og støtte fra*
(N=341)

Informasjon og støtte fra	Andel
Vi oppfatter at hele kommunen er sammen om prosjektet	40 (137)
Nærmeste leder	27 (93)
Ledergruppen	20 (69)
Ledere fra samarbeidende enheter	14 (60)
Kolleger i samarbeidende enheter	13,5 (58)
Kolleger i min enhet	12 (51)
Nei	11 (37)
Uaktuelt	3 (10)

Ser vi på spørsmålet om informasjon og støtte knyttet til kommuner følger svarene størrelse: det er flest som sier at de får informasjon og støtte i de store kommunene. Det kan altså ikke knyttes noen kommunale kjennetegn til disse faktorene. Det er likevel flere i kategorien leder som velger å ikke krysse av enn det er som gjør det.

Nødvendig informasjon og støtte til medarbeidere i tjenestene vises i tabell 4.5.

Tabell 4.5 *Medarbeideres oppfatning om hvor de får informasjon og støtte fra* (N=1336)

Informasjon og støtte fra	Andel
Nei	36 (481)
Nærmeste leder	26 (349)
Vi oppfatter at hele kommunen er sammen om prosjektet	16 (209)
Kolleger i min enhet	14 (183)
Ledergruppen	9 (123)
Ledere fra samarbeidende enheter	7 (98)
Kolleger i samarbeidende enheter	7 (96)

- Den høyeste andelen medarbeidere som svarer, sier at de ikke får informasjon og støtte knyttet til prosjektet (36 %)
- Den største andelen av de som har fått informasjon og støtte får det fra nærmeste leder

Også her følger det kommunestørrelse og det er ikke mulig med disse data å peke på at evt. forskjeller mellom kommuner er knyttet til trekk ved kommunal organisering. Det er likevel stort frafall og det er mange som velger å ikke krysse av for at de får informasjon og støtte fra noen i kommunen sin angående BTI.

Svar avgitt i åpne spørsmål viser til at det er store forskjeller mellom kommunene angående hvordan informasjonen er organisert. Noen påpeker at det er avholdt todagens kurs, andre peker på informasjonsmøter av ca. en times varighet, atter andre oppgir at det er avholdt kveldsmøter eller at informasjonen er gitt i lunsjen. Slike svar tyder på at det varierer hvor alvorlig enhetsledere har tatt sin oppgave med å gi informasjon og kanskje vil det være mulig å finne noen forklaringer på disse forskjellene på enhetsnivå.

4.3 Kjennskap til veilederen «Fra bekymring til handling»

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

Veilederen gir kunnskap om hvordan rusrelatert problemer kan identifiseres og hva som er risiko- og beskyttelsesfaktorer for barn og unge i ulike aldersgrupper, samt gravide og eldre. Den gir videre innsikt i hvilke handlinger som kan være relevante for kommunale medarbeidere og når det kan være aktuelt å ta kontakt med barnevernet eller søke annen hjelp utenfor egen enhet og kommune. Også dette er knyttet til aldersgrupper. Til slutt tar den opp praktiske sider ved arbeidet for å intervensere tidlig overfor

utsatte barn og unge. Den viser til hvordan det kan tas opp til diskusjon på arbeidsplassen, hvilke ressurser som kan være aktuelle og hvordan få oversikt over dem og hvordan det kan utarbeides gode rutiner og prosedyrer. Veilederen har kommet i fire opplag, det siste er fra 2010. Den er tilgjengelig på Helsedirektoratets hjemmesider.

Tabell 4.6 viser flere egenskaper ved ledere og ansatte i nøkkelkommunene. Den viser først og fremst at over halvparten av respondentene til undersøkelsen har vært ansatt i jobben sin i 8 år eller mer. Det er altså ikke spesielt høy turnover blant dem som har svart. Det andre tabellen forteller er at det i alle kategoriene er langt flere som ikke kjenner veilederen enn som kjenner den. Med andre ord: På tidspunktet for første runde av denne undersøkelsen (tidlig vinter 2012) må den sies å ha vært ukjent i nøkkelkommunene. Det tredje er at andelen som kjenner veilederen øker med antallet år ledere og medarbeidere har vært i jobben sin. Detaljene presenteres nedenfor:

Tabell 4.6 *Antall år ansatt, kjenner veileder* Prosent, hele tall i parentes (N= 2012:2260, 2015:1628)

Antall år ansatt	>1		1-3		3-5		5-8		8<	
	12	15	12	15	12	15	12	15	12	15
Antall ansatte som har svart	9 (208)	8 (131)	15 (336)	15 (250)	12 (264)	14 (235)	13 (287)	18 (296)	51 (1160)	46 (751)
Ja: Kjenner veileder	2 (44)	3 (46)	3,5 (79)	5,5 (90)	3 (71)	5 (86)	3 (83)	8 (135)	11 (250)	16 (267)
Nei: Kjenner ikke veileder	7 (153)	4 (68)	10,5 (238)	7,5 (123)	7,5 (169)	7 (120)	8 (182)	8 (137)	35,5 (804)	25 (409)

- Andelen som kjenner veilederen stiger med antallet år de har vært ansatt
- Det er flere som sier de ikke kjenner den, enn sier at de gjør det uansett hvor lenge de har vært ansatt

Igjen ser det altså ut til at den grunnleggende forutsetningen for tverrsektorielt og tverrfaglig arbeid, nemlig informasjon, er mangelvare i kommunene.

Når det går videre med den andelen av respondentene som kjenner veilederen og de får spørsmålet om hvor godt de kjenner den, blir svarene som vist i tabell 4.7. Se også tabell 5.3 i Helgesen 2013.

Tabell 4.7 *Andel som har hørt om, kjenner og bruker veilederen* Prosent, hele tall i parentes (N= 2012:527, 2015:662)

	2012	2015
Har hørt om veilederen	54 (287)	43 (287)
Har lest veilederen	40 (212)	45 (298)
Bruker veilederen	10 (53)	12 (77)

- Andelen som kjenner veilederen så godt at de bruker den har økt med to prosent, fra 10 til 12
- Det er like mange som har hørt om den i 2015 som det var i 2012

I 2012 var det totalt 2260 respondenter, 527 hadde hørt om veilederen og av dem var det kun 53 som brukte den aktivt i sitt arbeid. I 2015 er det økt til 77 av 662 respondenter som kjenner veilederen. Til sammen var det i overkant av 1600 respondenter på undersøkelsen. Dette er ikke mye tatt i betraktning at veilederen er en kilde både til informasjon og kunnskap om en del av de spørsmålene vi både har sett at ledere og medarbeidere lurer på, og som vi i kapittel 5 skal se at det etterspørres kunnskap om. Dette er en mangel på informasjon som påvirker alle øvrige trinn i samordningsstigen.

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

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

påstander om oppfølging av slike barn og unge. Hvordan fordelingen er på ulike påstander vises i tabellene 4.8 og 4.9.

Tabell 4.8 *Påstander om oppfølging av barn og unge det er knyttet bekymring til i 2012. Prosent, hele tall i parentes (2240-2247)*

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

Alle disse påstandene er positive, dvs. tjenestene scorer bra hvis respondentene svarer enig eller helt enig. Antallet som unnlot å svare i 2012 var mellom 14 og 21 på alle spørsmålene, dette utgjør ca. en prosent.

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

Tabell 4.9 *Påstander om oppfølging av barn og unge det er knyttet bekymring til i 2015. Prosent, hele tall i parentes (1593-1618)*

Påstand	Helt uenig og uenig	Både og	Enig og helt enig	Vet ikke	Total
I min tjeneste oppdages barn/unge som lever i en belastende livssituasjon i en tidlig fase	5 (80)	51 (814)	39 (630)	5 (86)	1610
I min tjeneste undersøkes alle bekymringer	4 (70)	28 (436)	64 (1023)	4 (64)	1593
Barn og unge/familier det er knyttet bekymringer til får nødvendig støtte, hjelp og oppfølging i vår kommune	8 (142)	50 (805)	28 (449)	14 (221)	1617
Informasjon om hjelp og støtte til barn og unge det er knyttet bekymringer til er lett tilgjengelig i vår kommune	10 (170)	37 (597)	44 (704)	9 (147)	1618

- Det er høgest andel som er enig og helt enig i alle disse påstandene
- Det er færrest som er enig i påstanden om at «Barn og unge/familier det er knyttet bekymringer til får nødvendig støtte, hjelp og oppfølging i vår kommune» (28 %)
- Vet-ikke andelen er lav knyttet til alle påstandene

Påstanden: «I min tjeneste oppdages barn/unge som lever i en belastende livssituasjon i en tidlig fase» har en høy andel respondenter som er enige og helt enige begge år. Og det er tilsvarende en lav vet ikke-andel. Det samme har den andre påstanden: «I min tjeneste undersøkes alle bekymringer». Begge år viser svarene på disse påstandene til at medarbeidere i kommunene ser ut til å være informert om det generelle arbeidet som foregår knyttet til innsats for barn og unge.

Påstanden: «Barn og unge/familier det er knyttet bekymringer til får nødvendig støtte, hjelp og oppfølging i vår kommune» er en av to påstander som ikke viser til et like positivt bilde. Det kan tyde på at i det øyeblikk observasjonene av barn og unge som er i en

vanskelig situasjon bør materialisere seg i faktiske tiltak, så er kunnskapen blant ansatte i tjenestene lavere; de har ikke den spesialiserte informasjonen og kunnskapen om hvor de finner informasjon eller hva som bør skje videre med deres observasjoner. Den forholdsvis store andelen vet ikke-svar tyder også på dette.

4.4 Bekymring og handling ved bekymring

Det var mange som har vært bekymret for barn og unge i løpet av de siste tolv måneder i 2012. 79 prosent av de 2260 respondentene til undersøkelsen oppga det. I 2015 er det også 79 prosent som oppgir dette av 1618 som svarte på spørsmålet. 18 prosent oppga i 2012 at de ikke hadde vært bekymret, dette var det 17 som oppgav i 2015. De resterende sier de ikke vet. Å være bekymret er ikke avgrenset til ansatte, også på ledernivå var det mange som i 2012 svarte at de i løpet av de siste 12 månedene hadde vært bekymret for barn og unge. Av de som hadde en lederposisjon, og som svarte på spørsmålet, 439 i 2012, var det 87 prosent som hadde vært bekymret, mens 11 prosent ikke hadde vært det.

Det er forskjellige handlinger ledere og medarbeidere kan gjennomføre ved bekymring for utsatte barn og unge. I 2012 var det 1785 respondenter som gikk videre og svart på hva de gjorde med sin bekymring, i 2015 var det 1312 som gjorde det samme. Fordelingen av dette på år vises i tabell 4.10.

Tabell 4.10 *Handling ved bekymring*. Prosent, hele tall i parentes (N=2012:1785, 2015:1312)

Handling	Andel 2012	Andel 2015
Konfererte med nærmeste overordnede	63 (1125)	66 (867)
Fulgte opp umiddelbart	44 (793)	..
Tok kontakt med en annen tjeneste	40 (723)	44 (577)
Diskuterte saken anonymt med en kollega	35 (626)	58 (759)
Avventet situasjonen	6 (115)	0,2 (3)*
Visste ikke hva jeg skulle gjøre	1 (12)	1 (16)

* Svaralternativet på dette var «Gjorde ingenting» i 2015. Tabellen summerer ikke til 100 fordi respondentene kunne svare på flere alternativer

- 63 % oppga i 2012 at de konfererte med nærmeste overordnede, 66 % gjorde dette i 2015
- 44 % fulgte i 2012 opp umiddelbart
- 40 % oppgav i 2012 at de tok kontakt med en annen tjeneste, 44 % gjorde det i 2015

I 2015 har vi nyansert svaralternativet «fulgte opp umiddelbart» til «Sørget for at bekymringen ble på en egnet arena», som 53 prosent oppgir at de gjorde. «Meldte bekymringen til tverretatlig team» som bare 19,5 prosent oppga at de gjorde. Og til slutt til «Meldte bekymringen til barnevernet», som 31 prosent oppgir at de gjorde. I tillegg la vi til et svaralternativ i 2015 som var at det ble samtalt med barnet eller den unge. 60 prosent oppgir at de gjorde det.

I kapittel tre ble det vist til at rolleklarheten var forholdsvis stor og sitatene i avsnitt 3.3.2 om roller presenterte erfaringer med ledelsen som pekte mot både ulike forståelser og direkte konflikt mellom medarbeider og ledelse angående observasjoner av barn og unge det knytter seg bekymring til. Likevel viser tabell 4.5 at å ta kontakt med overordnet er den vanligste handlingen ved bekymring både i 2012 og 2015. I 2015 får respondentene mulighet til å svare at de samtaler med barnet eller den unge og mange, 60 prosent, gjør det. En stor andel diskuterte saken anonymt med en kollega (henholdsvis 35 og 58 prosent). Få avventet situasjonen og svært få oppgir at de ikke visste hva de skulle gjøre. Dette tyder på

at den nederste brikken av BTI er ivaretatt. Ved en bekymring skjer det som modellen mener bør skje i den enkelte tjeneste. Bekymringen diskuteres med en kollega eller nærmeste leder og vi kan gå ut fra at også andre handlinger vurderes i disse samtalerne.

Samtidig er det for 2012 mulig å tolke frafallet på spørsmålet som mangel på kunnskap om hva som skal gjøres i slike situasjoner. I 2015 kan vi tolke den lave svarprosenten i samme retning. Det som er optimistisk er at flere av de som har svart har svart også på dette spørsmålet, altså de sluttet ikke å svare på skjemaet.

Det er 40 prosent i 2012 og 44 prosent i 2015 som oppgir at de har tatt kontakt med en annen tjeneste. Det kan tyde på at egen enhet vurderes som det stedet løsninger bør finnes, men det kan også tyde på at erfaringsgrunlaget ledere og medarbeidere har for å vurdere andre tjenester og samarbeidet med andre tjenester, som det vises til i tabellene 3.4 og 4.6, er magert og at det er derfor det ikke tas kontakt.

Tabell 4.11 *Skriftlige rutiner for tverrfaglig samarbeid om bekymringshåndtering, 2012*. Prosent, hele tall i parentes (N=2260)

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

- 56 % av ansatte i nøkkelkommunene visste at det var skriftlige rutiner for bekymringshåndtering i 2012

Tabell 4.12 *Skriftlige rutiner for tverrfaglig samarbeid om bekymringshåndtering 2015*. Prosent, hele tall i parentes (N=1590)

Ja	Nei	Vet ikke
66 (1052)	2 (30)	32 (508)

- 66 % svarer I 2015 at de visste at det var skriftlige rutiner for bekymringshåndtering

Det er altså forholdsvis mange som vet at det finnes rutiner for tverrfaglig samarbeid om bekymringshåndtering begge år. Dette er en svarandel som tyder på det samme som det ble vist til over, at

mange kjenner det generelle arbeidet for barn og unge det er knyttet bekymring til. Samtidig er vet-ikke-andelen stor, spesielt i 2015. Hvis vet-ikke-andelen og andelen som svarer annet i 2012 blir sett i sammenheng er det mange også dette året som er usikre på rutinene for tverrfaglig samarbeid ved bekymring.

Av de 56 prosentene som svarte ja på spørsmålet i 2012 var det 69 prosent som også svarte ja på spørsmålet om rutinene var fulgt opp av leder eller andre de siste 12 måneder. I 2015 var det 1588 respondenter som gikk videre og svarte på spørsmålet om rutinene var fulgt opp, det utgjør 56 prosent som svarer ja og 40 prosent som svarer vet ikke. Resten, like under 4 prosent svarer nei, de er ikke fulgt opp.

I 2012 utgjorde disse 69 prosentene 880 respondenter, og de gikk videre og svarte på spørsmålet om hvordan prosedyrene for oppfølging var utformet. I 2015 er det 926 som svarer på dette spørsmålet. Oversikt over måter rutinene kan følges opp, og hvor mange som svarer på spørsmålet vises i tabell 4.13.

Tabell 4.13 *Oppfølging av skriftlige rutiner for tverrfaglig samarbeid.*
Prosent, hele tall i parentes (N=880)

Prosedyrer for oppfølging av rutiner	2012	
	Ja	Nei
Veiledning	73 (642)	27 (240)
Opplæring	25,5 (224)	74,5 (655)
Kontroll	20 (175)	80 (704)
Annet	8 (73)	92 (808)

Disse kategoriene er ikke gjensidig utelukkende, respondenter kan ha krysset av for flere typer rutiner, tabellen summerer derfor ikke til 100.

I 2015 er spørsmålet stilt annerledes og vi ber respondentene kun om å krysse av for de rutinene som er tatt i bruk. Da blir fordelingen seende ut som vist nedenfor.

Tabell 4.14 *Oppfølging av skriftlige rutiner for tverrfaglig samarbeid 2015 (N=926)*

Prosedyrer for oppfølging av rutiner	Andel krysset av
Veiledning	80 (744)
Opplæring	44 (406)
Kontroll	20 (186)
Annet	5 (47)
De følges ikke opp	2 (17)

Ikke uventet er det veiledning som var den mest brukte oppfølgingsrutinen begge årene, mens opplæring kom på plass nr. 2, også begge år. Begge år er det et langt sprang fra veiledning til opplæring, men andelen som svarer positivt på begge spørsmålene har økt fra 2012 til 2015. Kontroll var tilsvarende lite brukt, 20 prosent mente dette begge år. Svarkategorien som ble inkludert i 2015: «De følges ikke opp» var det svært få som tok i bruk.

4.5 Oppsummering

Kapitlet viser at det er medarbeidere i skoler og barnehager som utgjør hovedbolken av dem som svarer på undersøkelsen begge år. I 2012 viste intervjuer med prosjektlederne at det ble oppfattet at prosjektene var godt forankret i den kommunale organisasjonen. De har prosjektleder, prosjektgruppe og styringsgruppe (Helgesen 2013). I 2015 stilte vi spørsmål om forankring i spørreskjemaet og mange ledere mener at prosjektet er forankret på ledelsesnivå mellom tjenester, noe som er positivt for det tverretatlige samarbeidet. Det kan se ut til at det i stor grad kun er ledere som har svart på dette spørsmålet. På ledelsesnivå var det også 40 prosent som svarte at hele kommunen var sammen om prosjektet (341 respondenter svarte på spørsmålet om hvor de fikk informasjon og støtte fra), mens det blant de ansatte kun var 16 prosent som mente det samme når de ble stilt dette spørsmålet (1336 ansatte svarte på det). Den største andelen av ansatte som svarte på dette spørsmålet, svarte at de ikke fikk informasjon og støtte. 26 prosent får det fra nærmeste leder.

Kun en kommune hadde medarbeidere som i særlig grad oppgav at de kjente veilederen «Fra bekymring til handling» i 2012.

Veilederen gir deler av de opplysningene vi i neste kapittel skal se at etterspørres, men var stort sett ukjent for de medarbeiderne som er i en posisjon som medfører at det faktisk er aktuelt å bruke den. Det som var noe oppløftende er at kjennskapet til veilederen økte med antall år medarbeidere hadde vært ansatt i kommunen. Det er fortsatt er slik at veilederen i liten grad er kjent, men den er kjent av noen flere. Medarbeidere er ellers midt på treet i sine oppfatninger av om barn og unge det knyttes bekymringer til følges opp både i 2012 og 2015. Det er lite i forhold til antallet som oppgir at de faktisk har vært bekymret for barn og unge i løpet av de siste 12 månedene, dette var 79 prosent begge år. Mange medarbeidere oppga i 2012 at de handlet på sin bekymring ved å konferere med nærmeste overordnede eller de fulgte opp umiddelbart. I 2015 er reaksjonen også at medarbeidere konfererer med nærmeste overordnede, det er også mange som diskuterer saken anonymt med en kollega eller tar kontakt med en annen tjeneste.

56 prosent visste at det forelå skriftlige rutiner for tverrfaglig samarbeid om bekymringer i deres kommune i 2012. Av disse var det 69 igjen som også visste at rutinene ble fulgt opp av ledere. Rutinene for oppfølgingen dreier seg om veiledning, opplæring og kontroll. I 2015 er det 66 prosent som vet at det er skriftlige rutiner for tverrfaglig samarbeid i deres kommune og det er 56 prosent som svarer ja på at rutinene er fulgt opp.

Handling, og aller helst felles handling, er det tverretatlige og tverrfaglige idealet når ledere og medarbeidere i aktuelle tjenesteenheter i nøkkelkommunene observerer at det kan knyttes bekymring til barn og unge. I forrige kapittel ble det vist til nødvendigheten av informasjon og kunnskap, samt muligheter for konsultasjon, dialog og diskusjon. I dette kapitlet er disse spørsmålene også behandlet og det er vist til at konferering med nærmeste overordnede er den vanligste handlingen som utføres ved bekymring, samt at diskusjon med kolleger og kontakt med annen tjeneste også gjennomføres. Det er ikke informasjon om i hvilken grad slik kontakt følger etablerte rutiner eller om initiativet tas ad-hoc ut fra behovet i hvert enkelt tilfelle, men noen av svarene som er avgitt knyttet til team tyder på at teamene blir mer fleksible.

5 Kompetanse og opplæring

5.1 Innledning

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

Veilederen «Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet» gir mye informasjon. For eksempel er den tydelig på hvordan problemer kan identifiseres, hvilke signaler det kan ses etter hos ulike grupper barn og unge, samt hos foreldre, og konkret angående hva som kan gjøres når problemet er identifisert. Den har avsnitt om beskyttelses- og risikofaktorer og den gir tilgang til verktøy for å identifisere rusbruk blant barn og unge, samt gravide, i form av avkrysningstester ansatte i tjenestene kan ta i bruk. Den spesifiserer også konkret hvordan det er mulig å gå fram hvis det skal meldes fra til barnevernet. Videre har den avsnitt om taushetsplikt og plikt til å gi opplysning, samt at den har henvisning til nettsteder der det er mulig å finne mer informasjon, og den har informasjon om videre lesning og litteratur. Den er med andre ord rikholdig og inneholder informasjon om det meste dette kapitlet vil vise at ledere og medarbeidere i nøkkelkommunene etterspør kunnskap og opplæring om.

I kapittel tre ble det vist til at denne veilederen var så godt som ukjent for ledere og medarbeidere i aktuelle enheter i nøkkelkommunene. Da blir både informasjon og opplæring viktig for at medarbeidere skal mene at de har tilstrekkelig kompetanse til å gjennomføre slike arbeidsoppgaver.

5.2 Kompetanse og opplæring i nøkkelkommunene

Arbeidsoppgaver, og opplæring for å gjennomføre dem, er et sentralt spørsmål når det gjelder å oppdage barn og unge som er i en vanskelig situasjon. Gjennomføring av samtaler med barn og unge, samt deres foresatte er en sentral del av arbeidet med bekymringene ledere og medarbeidere i tjenestene gjør seg.

I 2012 var det 56 prosent av ansatte i nøkkelkommunene som hadde gjennomført samtale med foresatte og 11 prosent mente de hadde fått opplæring i å gjennomføre slike samtaler. 59 prosent hadde gjennomført samtaler med barn og unge det knyttet seg bekymring til og det var 15 prosent av dem som mente de hadde fått opplæring i å gjennomføre slike samtaler. Det var da tilsvarende få, om lag 40 prosent som ikke hadde gjennomført samtaler, men mange (83 %) som mente de ikke hadde fått opplæring. I 2015 har vi endret spørsmålene noe og spør bare en gang om opplæring knyttet til samtaler. Fordelingen viser seg som i tabell 5.1 nedenfor.

Tabell 5.1 *Samtaler med foresatte og barn og unge og opplæring i å gjennomføre slike samtaler 2015. Prosent, hele tall i parentes (N=1575 og 1580)*

	Ja	Nei	Vet ikke
Gjennomført samtaler med foresatte på bakgrunn av bekymring for barn eller unge	67 (1058)	32,5 (512)	0,5 (5)
Gjennomført samtaler med barn og unge	65 (1029)	34 (533)	1 (13)
Fått opplæring i å gjennomføre samtaler med barn og unge	33 (528)	65 (1027)	2 (25)

- 67 % har samtalt med foresatte på bakgrunn av bekymring for barn og unge i 2015 mot 56 i 2012
- 65 % har gjennomført samtaler med barn og unge det er knyttet bekymring til i 2015 mot 59 % i 2012

- 65 % mener de ikke har fått opplæring i å gjennomføre slike samtaler i 2015 mot 83 % i 2012

Det er noen som svarer vet ikke. Det kan tyde på at det foregår prosesser som er uklare i formen – er det for eksempel informasjon eller opplæring?

Ansatte i nøkkelkommunene gjennomfører altså i stor grad arbeidsoppgaver som må karakteriseres som utfordrende og krevende uten at de oppfatter at de har fått relevant opplæring. Fordelt på kommuner viser dette ikke til at noen kommuner har satset mer på opplæring enn andre. De store kommunene har naturlig nok hatt flere på opplæring enn de små.

Det er mulig å se en forbedring mellom tidspunktene selv om ansatte også i 2015 oppfatter at de ikke har fått relevant opplæring. Vi har imidlertid ikke det fulle bildet av hvilken utdanning ledere og medarbeidere i nøkkelkommunene har, vi kan derfor ikke trekke den slutningen at den typen opplæring som etterspørres her er noe de overhodet ikke har fått noen form for opplæring i. Det er mer og mer vanlig at ledere og medarbeidere i slike tjenester har minimum en treårig helse- eller velferdsutdanning, og slik opplæring gis til dels i slike grunnutdanninger.

Begge år er det spurt om ansatte i nøkkelkommunene i løpet av de siste 24 måneder har fått opplæring i taushetsplikt, opplysningsplikt, opplysningsrett og samtykke. Som det ble vist til inneholder veilederen informasjon om taushetsplikt og opplysningsrett- og plikt, samt at den sier litt om samtykke. I 2012 var det 38 prosent som hadde fått opplæring i taushetsplikt, 35 i opplysningsplikt, 25 i opplysningsrett og 27 i samtykke. Hvordan svarene fordeler seg i 2015 vises i tabell 5.2:

Tabell 5.2 *Opplæring i taushetsplikten, opplysningsplikten, opplysningsrett og samtykke 2015*. Prosent, hele tall i parentes

Fått opplæring i	Ja	Nei	Vet ikke	Total
Taushetsplikt	55 (839)	43 (651)	2 (26)	1516
Opplysningsplikt	55 (833)	41 (611)	4 (64)	1508
Opplysningsrett	45 (652)	47 (695)	8 (114)	1461
Samtykke	51 (757)	42 (623)	7 (103)	1483

- Med unntak av opplysningsrett svarer et flertall at de har fått opplæring i disse temaene
- Flest har fått det (55%) angående taushetsplikt og opplysningsplikt mot 38 og 35 % i 2012

Det er altså høyere andeler som svarer at de har fått opplæring i 2015 enn i 2012. Dette avspeiles også i åpne svarkategorier der det kommenteres et par ganger at kurs i taushetsplikt, som respondentene har deltatt på, har vært bra.

I 2012 spurte vi om ledere og medarbeidere ønsket opplæring og evt. hva de ønsket opplæring i. Det var kun faste svarkategorier og fordelingen vises i tabell 5.3 nedenfor.

Tabell 5.3 *Ønsker opplæring i 2012*. Prosent, hele tall i parentes (N=2260)

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

*Taushetsplikt, opplysningsplikt, opplysningsrett og samtykke

- Over 70 % av ansatte i nøkkelkommunene ønsket seg opplæring i tema som angår identifisering og samtaler med barn og unge og deres foresatte om rusrelaterte problemer

- 80 % ønsket opplæring i metodikk for å samtale med barn og unge

I 2015 har vi spurt hvilken form det har vært på opplæringen de har fått som knytter an til tidlig innsats siste 24 måneder. Tabell 5.4 viser fordeling av svar.

Tabell 5.4 *Type opplæring kommunene gir*

Type opplæring	Ja	Nei	Vet ikke	Total
Kurs på arbeidsplassen	53 (815)	42 (639)	5 (79)	1533
Kurs v. utdanningsinstitusjon	15 (157)	82 (863)	3 (34)	1054
Årseining	2 (24)	93 (890)	1 (4)	956
Bachelor	3 (29)	94 (892)	3 (26)	947
Master	1 (12)	96 (905)	3 (28)	945

- De som svarer på at de har fått opplæring har i all overveiende grad fått opplæring som kurs på arbeidsplassen (53%)
- Det totale antallet avgitte svar reduseres ettersom vi spør om lengre utdanningsløp

I spørsmålet som kom etterpå ba vi respondentene svare på følgende: «Hvis du har svart ja på noen av spørsmålene over er det fint om du skriver hvilken utdanning du har tatt og hvilken institusjon du tok den på». Spørsmålet var muligens noe upresist ettersom det ikke bare er de som har tatt utdanning som følge av iverksetting av BTI som svarer, men også mange av dem som har fått kurs på arbeidsplassen, samt at mange redegjør for grunnutdanningen de har tatt. Dette var et åpent spørsmål og 294 svarte på det.

Mange svarer helt kort at de har fått opplæring i BTI. Dette er gjort som kveldsmøter, personalmøter, det er brukt planleggingsdager, samlinger er et ord som brukes på noens erfaringer, en- og todagerskurs nevnes, forelesninger på

arbeidsplasser om diverse temaer nevnes av ganske mange. Noen peker på at de har fått opplæring i bruk av stafettloggen eller kurs i tverrfaglig arbeid, noen peker på at KORUS har vært i deres kommune knyttet til opplæring i motiverende intervju. Det har vært tema også uten at KORUS nevnes. Atter andre oppgir at de har fått opplæring i hvordan de skal avdekke at unge er utsatt for vold, i taushetsplikt og andre spesifikke tema. Kun et fåtall peker på BTI som tema for kurs for hele kommunen, men det brukes uttrykk som «Felles kurs for alle instanser i kommunen», «kursdager i kommunen», «kursing i BTI i regi av kommunen», «kurs i kommunen», «kurs i regi av BTI». En respondent peker på at «alle har fått samme grunnpakke». Dette kan være så mangt og flertallet snakker om egen avdeling eller arbeidsplass, kun et fåtall om at aktuelle instanser i hele kommunen har fått opplæring i dette. Men det blir påpekt i et svar på siste åpne spørsmål at en kommune tok tilbakemeldingene fra forrige undersøkelse alvorlig og har hatt skikkelig opplegg for kursing av alle aktuelle ansatte i kommunen. Noen påpeker at det kommer eksterne aktører og holder kurset. Barnevernet nevnes av noen, KORUS er nevnt og Bergensklinikkene.

Noen av svarene er litt nedslående som: «Ikke direkte kurs, men litt informasjon om BTI», «Info om BTI-modellen av sjefen», «Infomøte om stafettpinnen», «Informasjonsmøte om BTI da dette prosjektet startet opp», «Informasjon fra ledelsen. Ingen kurs...», «Informasjon og veiledning på arbeidsplass», «Innføring i ledermøte», «Innføring på et foreldremøte», «Har hatt besøk av noen BTI-damer som la fram mål og mening med modellen». Slike svar tyder på at dette kanskje ikke tas like alvorlig av alle enhetsledere i alle kommuner. Andre respondenter igjen, peker på at kommunen har hatt en innførings- eller kompetansehevingsstrategi knyttet til BTI-modellen.

Noen svar er knyttet til den utdanningen medarbeidere har og som ser ut til å være deres grunnutdanning, mens andre peker på at de enten har videreutdannet seg i tverrprofesjonell samhandling, andre at de holder på. Det er også andre videre- og etterutdanninger som nevnes av medarbeidere som psykisk helsearbeid for barn og unge, psykososialt arbeid og systemarbeid.

I hvilken grad det er frivillig å ta videre- og etterutdanning etc. slik at kun de som er spesielt interessert rekrutteres, eller om tilbud om

videre- og etterutdanning går ut til mange er uklart i denne sammenhengen. I ett tilfelle pekes det på at noen tar utdanning og så skal de lære videre til andre i kommunen. Av de temaene som er nevnt i tabell 5.3 at var ønsket i 2012, er det identifisering av tegn på problemfylt omsorgssituasjon og samtalemotodikk som ser ut til å være de temaene som er dekket inn.

Som det ble vist til i tabell 4.7 har ansatte fortsatt ikke kjennskap til veilederen «Fra bekymring til handling». Å ha lest den eller hatt kjennskap til deler av innholdet ville ha gitt ansatte en viss kunnskap om de temaene som her etterlyses. Det er imidlertid en forskjell mellom å ha lest en veileder og ha fått opplæring, og det kan uansett trekkes en konklusjon om at opplæringsbehovet fortsatt oppleves som stort blant ansatte.

5.3 Karakteristikk av kommunenes arbeid med BTI

Undersøkelsens siste spørsmål er: «Din kommune har nå deltatt i prosjektet «Bedre Tverrfaglig Innsats» i to år. Har du noe du har lyst til å si om prosjektet eller kommunens arbeid med prosjektet, er det fint om du skriver det her». Som det er vist til over er respondentene til undersøkelsen både positivt og negativt innstilt til sin kommunes iverksetting av BTI og dette avspeiles også i det åpne spørsmålet. Vi gjengir her noen av sitatene og starter med noen av dem som ikke vet noe om det, deretter er det noen sitater fra respondenter som uttaler seg negativt og til sist fra respondenter som er positive.

Et prosjekt vi har hørt ingenting om

Jeg har ikke merket noe til dette prosjektet

Dette visste jeg ikke noe om. Kanskje det skulle ha vært litt tydeligere for de ansatte?

Det visste jeg ikke, altså er det kanskje ikke gitt nok informasjon om prosjektet?

Dette burde det i så fall vært bedre opplyst om på min arbeidsplass, da jeg er nyansatt dette skoleåret og vet svært lite om det

Dette er helt ukjent for meg, og det er nok sikkert for at jeg har kun 20 % stilling

Dette er et prosjekt jeg aldri har hørt noe om. Jeg har 100 % fast stilling og går på enkeltelever både i skole og sfo. Jeg deltar på møter hvor jeg blir kalt inn via ansvarsgruppen. Jeg er ellers med på «Løft for læring» hvor vi har jobbet blant annet med foreldresamarbeid. Jeg synes det er litt merkelig at kommunen sier de jobber med et slikt prosjekt og at jeg som barne- og ungdomsarbeider ikke har blitt involvert i prosjektet i det hele tatt.

Er ikke alle som har fått delta på prosjektet. Assistentene burde så absolutt fått være mer integrert på slike prosjekter. Det er som oftest assistentene som jobber med enkelte barn i skole og som lærer dem best å kjenne. Læreren tar seg av undervisningen

Det mangler en del på å få tatt dette i bruk på en god nok måte. Kunnskapen sitter hos enkeltpersoner som har deltatt på prosjektet, men det gjenstår mye på å få kunnskapen ut til alle ansatte som faktisk møter barna.

Det må bli bedre flyt av informasjon. Har opplevd å plutselig oppdage at det foregår arbeid inn mot en elev fra andre parter, samtidig som jeg som kontaktlærer arbeider med PPT om de samme problemene. Heller ikke PPT var informert i dette tilfellet

Det synes som om informasjonen som var ment å være lik til alle kommer med til dels store forskjeller. Sen utvikling av dataverktøy med til dels ubrukelige utkast skaper frustrasjon, særlig der de setter i gang med stafettloggen i stor skala. Forskjellige og utydelige beskjeder rundt dette

Det oppleves som frustrerende at mange etater sier seg interessert i samarbeid med helsestasjonen – men da for å få opplysninger. Deretter gis det ikke tilbakemeldinger om saken videre, ingen konkrete avtaler i oppfølging/delegering av ansvarsområder. Dette gjelder både overfor fastlege, barnevern, psykisk

helse og PPT. Ved melding til barnevernet plikter de å gi oss tilbakemelding om hvordan saken gikk. Dette har ikke skjedd. Intensjonene er gode og bra, men gjennomføringene er svake og diffuse.

Det oppleves som unødvendig byråkratisering

Dette er et skjønnsmått utvalg av svar på spørsmålet som er gjengitt over. Det de har felles er at de er negativt innstilte enten til BTI eller til måten det er gjennomført på. Det kommer enten fram som overraskelser over at kommunen deltar i BTI for det har de ikke fått noe informasjon om. Så er det noen sitater som tyder på at noen yrkesgruppers roller i det er uklare. Det er gjengitt svar fra to assistenter, men det var flere som pekte på at de innehadde denne yrkestittelen som uttrykte overraskelse over kommunens deltakelse i BTI, og en barne- og ungdomsarbeider. Det er mulig at det generelt er en utfordring å få gitt god informasjon til dem som har små stillinger og er forholdsvis sjelden på jobb, men vi ser at også en med full stilling mangler informasjon. Disse sitatene tyder på at informasjonsflyten er en utfordring. Vi ser også at respondenter utvikler frustrasjon over den rollen det er mulig for deres tjeneste å ta i samarbeidet med andre enheter. De gir fra seg informasjon, men innkalles ikke til videre møter om saken de har deltatt i å etablere, og får ikke tilbakemeldinger om hvordan det går.

Samtidig er det noen respondenter som ser dette med forskjellen på å sette i gang et prosjekt og å implementere nye rutiner:

Det har vært god informasjon rundt prosessen og hvilke forventninger en har ifht prosjektet. Selve implementeringen mangler i form av at de ulike instansene er opplært godt nok i praksis. Dette gjelder fra møteledelse, rammer for samarbeidsmøter, møtestruktur og lignende. De ulike avdelingene eier ikke prosjektet enda, men med fokus på praktisk gjennomføring vil nok dette skli lettere

Det har vært noe vanskelig å få tak i planer og struktur i prosjektet. Det kan virke som om at prosjektet trenger lengre tid for å bli godt implementert

Det framstår i beskrivelsen over som er basert på spørreundersøkelsen, som om nøkkelkommunene har hatt pilotprosjekter i enkelte enheter i kommunen før det ble iverksatt i hele kommunen. Noen av svarene vi viser til over kan også tyde på det, andre sier det direkte uten at det er tatt med her. Å ha pilotprosjekter kan framstå for nøkkelkommunene som en måte å få kontroll på prosjektet på, man lærer mens man gjennomfører det og på denne måten kan eventuelle feil korrigeres. Det er likevel ikke sikkert at dette er den beste måten. Å få oppmerksomhet i form av kurs etc. er et tegn på verdsetting av medarbeidere i kommunene, og å bruke piloter der noen eksklusivt får slik oppmerksomhet, kan medføre at de tjenestene og enhetene som ikke inkluderes utvikler motstand mot prosjektet. Dermed kan det være utfordrende å få på plass rutiner for samarbeid i ettertid når alle skal inkluderes. Det kan også tenkes at de prosedyrene som virker godt for noen tjenester og noen enheter ikke fungerer like godt i andre fordi det er ulik organisasjonskultur. Dette kan være knyttet til den kompetansen som er den vanligste å ha i organisasjonen, hvor mange medarbeidere det er og til form og innhold i ledelse av tjenesteenheter. Det kan altså tenkes at prosjektet burde vært iverksatt i alle aktuelle enheter samtidig slik at alle hadde fått mulighet til å være med i den perioden som var avsatt til læring for å gjøre sine egne erfaringer. Spesielt knyttet til informasjon og kurs som gis til medarbeidere, som antakelig er best i innledningsfasen, bør alle inkluderes samtidig.

Det er også mange respondenter som har brukt denne muligheten til å uttale seg positivt om BTT i egen kommune:

Jeg liker at det er blitt et godt system på hva vi gjør når det dukker opp elever vi bekymrer oss for. Det er greit å ha en prosedyre på hvordan vi går fram. Ansvar er ofte lagt på den enkelte kontaktlærer, og det kan kanskje være et problem oppi det hele. Dette fordi ikke alle kjenner like stort ansvar for å gå vegen som trengs, eller fordi det er ulike øyne som ser og en handler på ulike måter

[...] jeg opplever en ryddig og tydelig prosjektledelse. Med konkrete krav og mål. Det er gode verktøy og vi har vært gjennom en god implementeringsperiode.

Arbeidet nå blir å få det under huden slik at det blir et naturlig verktøy for alle

Det har uten tvil skapt større bevissthet og kunnskap om eget ansvar både i å avdekke barn det er knyttet bekymring til, og handle. Det er ikke lenger en vente og se holdning. Personalet er tryggere på å ta ting opp tidlig med foreldre, og de starter raskere med kartlegginger og observasjoner. Vi har oftere kontakt med både barnevern og helsestasjon enn tidligere, og vi har lavere terskel for å ta kontakt med andre instanser. [...]

Det har vært positivt at det har vært fokus på dette temaet over tid. Det blir også spennende å se hvordan stafettloggen kommer til å fungere

Det ser ut til å være et flott prosjekt. Det tar tid å komme i gang for fullt, men det kan bli veldig bra når alle er blitt fortrolig med BTI

Jeg synes dette prosjektet er positivt. Vi har fått kursing i BTI, og dette er veldig spennende. Flott at det kan bli mer samarbeid på tvers av etatene. I min kommune reagerer jeg på at barnehager ikke har noe kontakt med helsestasjonen. Håper det kan bli en bedring av dette

Det siste kurset vi var på var bra. Da hadde vi med oss pc, og fikk prøve ut hvordan det fungerte. Vi laget oss en klient og fylte ut

Det var et veldig godt to-dagers-kurs som ble holdt flere ganger slik at mange ulike etater fikk delta på dette. Utfordringen er å få nok tid til å bearbeide dette og jobbe videre med det i en travel hverdag på skolen

De som har fått god informasjon, samt kurs og opplæring, ser ut til å være fornøyde. Andre ser ut til å være mer misfornøyde i sine kommentarer og karakteristikker av prosjektet.

5.4 Oppsummering

Opplæringsbehovet ble altså vurdert som stort av medarbeidere selv begge år. Kapittelet pekte på at mange medarbeidere også denne gangen har gjennomført arbeidsoppgaver de ikke oppfattet selv at de hadde nødvendig kompetanse for å gjennomføre. Dette omfatter samtaler med barn og unge, samt foresatte. Det er likevel ikke så mange som i 2012 som savner opplæring i taushetsplikt, opplysningsplikt, opplysningsrett eller samtykke. Også svar avgitt på åpent spørsmål viser at dette er temaer det er holdt kurs i, i kommuner. Om lag 2/3 av de 2260 medarbeiderne som svarte oppga i 2012 at de ønsket opplæring angående identifisering av barn og unge i en utsatt posisjon, tegn hos foresatte, samtalemotodikk, risiko- og beskyttelsesfaktorer og muligheter og begrensninger i regler. Denne gangen spurte vi om form på utdanning og 53 prosent svarte at de hadde fått kurs på arbeidsplassen.

Svar på det siste åpne spørsmålet i undersøkelsen viser at de som har fått kurs eller utdanning er positive til BTI.

Det er flere som kjenner veilederen enn det var i 2012, men det er fortsatt mange som ikke gjør det. Andelen som bruker den aktivt i sitt arbeid har økt minimalt og mye mindre enn forventet. Etersom veilederen inneholder stoff om spørsmål som er aktuelt for BTI, kan det tenkes at denne burde gås nærmere inn på i mange kommuner. Spørsmålet er kanskje om det er interessant. På åpne spørsmål om kurs nevner mange at de har fått opplæring i motiverende intervju, andre nevner at de er introdusert for «Kvello» som vel er en introduksjon til en spesiell metode for å forholde seg til utsatte barn og unge. Det kan godt tenkes at medarbeidere finner dette mer interessant enn å arbeide med veilederen.

Veilederen er også en tekst som kan utsettes for fortolkning. Skal det oppnås enighet om meninger og holdninger er det et minstekrav at medarbeidere i alle berørte tjenesteenheter får mulighet til å diskutere og skape seg en omforent fortolkning av både veilederens innhold, og innholdet i BTI. Å skape omforente fortolkninger nødvendiggjør at det legges til rette for kurs, samtale og diskusjon, og at dette gjøres flere ganger. Mange av de åpne svarene peker på at det kan ha vært avholdt informasjonsmøter

etc. på et tidspunkt de ikke hadde mulighet til å delta. For eksempel på en planleggingsdag i skole eller barnehage.

Relasjonen mellom medarbeidere i enkelte tjenesteenheter, mellom medarbeidere i samarbeidende enheter og mellom medarbeidere og ledere styrkes ved at BTI, og ellers andre saker det arbeides med, forstås likt. Dette er også viktig for at samarbeidsrelasjoner skal nedfelles i varige rutiner og ikke bli avgrenset til prosjektperioden. Dette ble det også kommentert en del på i åpne spørsmål, og for eksempel ble det vist til at det kunne oppstå «trøtthet» eller manglende interesse knyttet til prosjektet fra de gruppene medarbeidere som ikke var involvert i pilotperioden.

Også denne gangen kan det se ut til at det er en del mistillit i relasjonen mellom medarbeidere og ledere, der medarbeidere opplever at de ikke får støtte hos sine ledere når de er bekymret for barn og unge. Det vises også til mistillit til andre tjenesteenheter. Dette er bedret noe siden 2012.

6 Diskusjon og avslutning

6.1 Innledning

Rapporten er andre del av en følgeevaluering av Bedre Tverrfaglig Innsats, BTI, som gjennomføres av Helsedirektoratet og 8 nøkkelkommuner. Kommunene er forskjellige mht. størrelse, samt administrativ organisering. Det metodiske grunnlaget er to surveyer til medarbeidere og ledere ved aktuelle tjenesteenheter i de 8 kommunene, den første i 2012, den andre i 2015.

De empiriske kapitlene i rapporten tar opp flere sider ved tverrfaglig samarbeid og tidlig innsats for barn og unge som er i en utsatt posisjon. Det pekes på noen særlige forutsetninger som må oppfylles for at kommunene skal lykkes med tverrfaglig samarbeid. De gjengis nedenfor i avsnittet om suksesskriterier. Kapitlene tre, fire og fem beskriver situasjonen i nøkkelkommunene mht. tverrfaglig samarbeid, forankringen av arbeidet i nøkkelkommunene og kompetanse og opplæring. I dette kapitlet skal det tverrfaglige samarbeidet analyseres i tilknytning til samhandlingstrappen som er presentert i kapittel tre. Den tar for seg betingelser for at tverrfaglig samarbeid kan finne sted: informasjon, konsultasjon, dialog og diskusjon, enighet om meninger og holdninger, og til sist resultatet som er felles handling. Til sist diskuteres organisasjon som betingelse for tverrfaglig samarbeid.

6.2 Suksesskriterier for tverrfaglig samarbeid

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

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

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

6.3 Informasjon

Samarbeid og koordinering er ressurskrevende og informasjon må sendes, mottas og forstås. Informasjonen bør også være god og den bør være likeverdig, dvs. at alle som skal delta har den samme informasjonen. Dette inkluderer foresatte, samt barn og unge hvis de skal delta for eksempel i møter. Suksesskriteriene peker blant annet på at åpenhet er et viktig kriterium, og et kriterium som flyter over i at det bør være fravær av domenekonflikter, dvs. at roller knyttet til yrkesgrupper bør være klare, holdningen bør være at alle yrkesgrupper er likeverdige i arbeidet, samt at fordelingen av arbeidsoppgaver bør være avklart. Det bør den være både mellom enkelte medarbeidere og mellom tjenesteenheter. Også i 2015 viste empirien at ikke alle disse kriteriene er til stede i alle nøkkelkommunene.

Det er 61 prosent av medarbeiderne i aktuelle enheter som har informasjon om at kommunen har et team der saker diskuteres

anonymt, 49 prosent at kommunen har et team der de diskuteres med samtykke. Dette er en økning fra 2012. Det kan tenkes at team i 2015 er mer fleksibelt organisert, at de er mer rettet inn mot de utfordringene som BTI reiser spesielt, enn det var i 2012. Dette er et positivt resultat for samhandlingen, men kan medføre at noen ikke får informasjon. Det er også noen medarbeidere som svarer på åpne spørsmål som svarer at de savner et fast team. Det omtales som nedlagt. De peker på at det faste teamet skapte mer kontinuitet i både tid for diskusjon og deltakere. Den nye ordningen omtales tilsvarende som uforutsigbar. Da er det sentralt å ta hensyn til at ikke alle skal delta i teamene, og at kanskje ikke alle skal ha detaljert informasjon om dem. Hvis dette er tilfelle bør også det informeres om i aktuelle kommuner.

Mens det i 2012 var stort frafall på spørsmålet om hvilke tjenester som var representert i teamet, er det ikke det denne gangen. I faktiske tall er det langt flere som vet hvilke tjenester som er representert i teamet (tabell 3.2). Mens det i 2012 ble konkludert med at mange ikke hadde informasjon, er det i 2015 langt flere som har det. Samtidig er resultatene knyttet til å kjenne veilederen «Fra bekymring til handling» noe bedre i 2015 enn de var i 2012. I åpne spørsmål viser respondenter både til at det er gitt kurs og til at det ikke er det. Knyttet til spørsmålet om informasjon og støtte (tabell 4.5) ble det vist at flest medarbeidere som svarte på spørsmålet svarte at de ikke fikk informasjon og støtte, mens de som fikk, fikk den fra nærmeste leder. Dette kan på den ene siden peke på at det gis lite informasjon om prosjektet til medarbeidere. Igjen er det et poeng at kanskje ikke alle skal kjenne til alt knyttet til BTI. Samtidig er det et minimum av informasjon og kjennskap det bør være til prosedyrer som medarbeidere enten selv skal ta i bruk, eller som de er i randsonen for å ta i bruk. Det er mange lærere og barnehagelærere som svarer på skjemaet og det er viktige grupper med langvarig og tett kontakt med barn og unge.

På den annen side kan svarene på dette spørsmålet vise til at bekymringer og handlinger knyttet til dem, løses internt i egen tjenesteenhet, altså på nivå 1 i BTI-modellen. Hvis de ses i sammenheng med resultatene i tabell 4.9 om oppfølging av barn og unge det knyttes bekymring til, blir likevel ikke dette så klart: den viser at et flertall er enig i at alle bekymringer undersøkes i egen tjeneste, men langt færre er enige i at barn og unge eller familier det knyttes bekymring til får nødvendig støtte, hjelp og

oppfølging. Det kan tyde på at sakene leveres videre og hva som skjer, kommer det ikke tilbakemelding om.

Ved siden av at dette ødelegger tilliten mellom tjenesteenheter, er det utfordrende for informasjonen som gis mellom enheter. Informasjon er et grunnleggende kriterium for at det kan gjennomføres tverrfaglig samarbeid. I nøkkelkommunene var dette kriteriet i liten grad til stede i 2012, men hvis resultatene tolkes litt velvillig for 2015, er tilstanden bedre nå. Likevel pekes det også nå på at informasjonen ikke flyter, men hva som er årsaken sier materialet ikke noe sikkert om. Det antydes fortsatt i de åpne svarene at barnevernet i egen kommune er lite villige til å dele informasjon, særlig i spørsmålet om å gi tilbakemeldinger mht. hva som skjer når det er meldt bekymringer. Det ble også vist til at interesserte tjenesteenheter ikke ble invitert inn i prosesser og ble utelatt fra møter. Det antydes også at det kommer lite informasjon fra ledernivået i egen tjenesteenhet.

Manglende tilbakemelding påvirker tilliten mellom tjenester og dermed også de neste stegene i samhandlingstrappen. I tillegg til at informasjon ikke flyter fra ledere til medarbeidere antydes det også at det er lite tillit mellom ledere og medarbeidere. Dette knyttes ikke spesielt til barnevernet.

6.4 Konsultasjon

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

På samme måte som for 2012 viser de empiriske kapitlene til at det er barrierer for at konsultasjon finner sted. Den viktigste er tydelighet i roller og ansvar for oppfølging. De fleste medarbeiderne som har svart på undersøkelsen mener at PPT og barnevern, som er hjelpetjenestene, har tydelige roller, deretter kommer helsestasjon og skole (tabellene 3.5 og 3.6). Angående tidlig innsats har barnevernet en tydelig rolle knyttet til rus etc. hos barn og unge eller deres foreldre, mens PPT knyttes mer til skoleutfordringer. De fleste respondentene som svarer på undersøkelsen arbeider også denne gangen i skole, og PPT er derfor en relevant hjelpetjeneste for tidlig innsats. Kanskje enda mer siden gjennomføring av videregående skole har blitt et mål på hvordan sosial ulikhet i helse kan reduseres. Tidlig innsats knyttet til barn og unges skolerelaterte utfordringer er da viktig. Tydelighet i roller knyttes også til å vite hvem som har kompetanse og ansvar for å følge opp barn og unge, og tabellene 3.7 og 3.8 viser at det begge år er de som skal følge opp barn der foreldre har rusutfordringer som er tydeligst. Dernest er det tydelig hvilken rolle de har som skal følge opp barn med foreldre med psykisk sykdom og barn eller unge som har vært utsatt for, opplevd eller vært vitne til vold.

Konsultasjon kan knyttes både til andre medarbeidere i egen tjenesteenhet, til egen leder, og til andre tjenesteenheter. Det spenner derfor over alle tre nivåene i BTI-modellen.

Over ble det vist til at manglende tillit kan medvirke til at det ikke tas kontakt med nødvendige personer eller tjenesteenheter. Oppfatning av hvordan prosjektet er forankret i kommuneorganisasjonen kan spille inn for tillit. Tabell 4.3 viste til at det i stor grad var ledere som hadde svart på dette spørsmålet, og de svarte oftest at det er forankret på ledelsesnivå mellom enheter. Dette er positivt for tilliten og for konsultasjonen og kontakten med andre tjenesteenheter enn sin egen, og tyder på at denne kontakten kan være løftet opp på systemnivå, der den hører hjemme. At 40 prosent av lederne oppfatter at hele kommunen er sammen om prosjektet, på spørsmålet om hvor de får informasjon og støtte fra, peker også i denne retningen. Samtidig viste tabell 4.3 at ledere i liten grad mener at prosjektet er forankret blant medarbeidere i tjenesten. Dette er urovekkende igjen, og er i tråd med svaret tabell 4.5 viser at medarbeidere gir på spørsmålet om

hvor de får informasjon og støtte fra, som er at de i liten grad får informasjon og støtte.

6.5 Dialog og diskusjon

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

De fleste som svarer arbeider i skole og barnehage. At PPT derfor skårer best som samarbeidspartner er forståelig, men det betyr likevel at det ikke er flere enn 57 prosent av alle som har svart, som mener samarbeidet med PPT er godt. Dernest vurderes samarbeidet med skolehelsetjenesten som godt, mens skole, helsestasjon, barnehager og barnevern kommer på de respektive neste plassene. Disse tjenestene er også de som skårer ganske høyt på alternativet både-og. Det betyr for eksempel at barnevernet blir vurdert som er rimelig god samarbeidspartner. Dette kan tolkes som at det ligger godt til rette for dialog og diskusjon. Dette vises i tabell 3.9.

Spørsmålet om medarbeidere kjenner til team i kommunen er også brukt som indikator på om det kan foregå dialog og diskusjon. Som vist til over (tabell 3.1) har den relative andelen som svarte ja på om det er team i kommunen økt for begge typene team. Det er også økning i antallet som svarte på spørsmålet om hvilke tjenester som er representert i teamene (tabell 3.2), noe som gjør det enklere å faktisk gjennomføre dialog og diskusjon. Barnevern endret sin posisjon som medlem i team mellom 2012 og 2015 og klatret høyere på listen over tjenesteenheter medarbeidere vet er med i team. Dette tolkes som at team er blitt mer fleksible og rettet mot

aktuelle utfordringer barn og unge kan ha. På den andre siden ble det pekt på at faste team legges ned og at dette virket uheldig for kontinuiteten i møtetider og medlemmer. Det vil ha betydning for dialog og diskusjon hvis dette er en endring mot at færre har kjennskap til slike faktorer knyttet til teamet.

Det er fortsatt få som vet hvordan teamene er organisert og fungerer i 2015 (tabell 3.4). Selv om det ikke er nødvendig at alle medarbeidere har slik kunnskap er dette faktorer som medfører at medarbeidere ikke vet hvor de skal rette sine henvendelser om eventuelle bekymringer de har og dialog og diskusjon blir en utfordring.

Angående spørsmålet om hva de som har vært bekymret valgte å gjøre med sin bekymring tolket vi dette dit hen at det er mange som ikke kunne ta dette opp med et team fordi de ikke hadde kunnskap om teamet. Derfor har vi nyansert disse spørsmålene i 2015 og spurt om de sørget for at bekymringen ble diskutert på en egnet arena. 53 prosent sier at de har gjort det, mens bare 19,5 prosent oppgir at de meldte bekymringen til tverretattlig team. 31 prosent meldte til barnevernet. Dette presenteres i tilknytning til tabell 4.10. Det er altså fortsatt mange som ikke kunne tatt sin bekymring opp med et team, og selv om det her finnes mange arenaer å ha dialog og diskusjon på, er dette en begrensning av mulighetene. Å konferere med nærmeste overordnede er den mest vanlige handlingen. Dette er problematisk hvis det er mistillit eller det ikke er etablert en omforent forståelse for hva som er en bekymring og når og hvorfor en bekymring skal tas videre i systemet. Andre kategorier som får en rimelig grei svarprosent er å diskutere saken anonymt med en kollega, eller ta kontakt med en annen tjeneste. Dette tyder på at det fortsatt er slik som det ble konkludert med i 2013, at resultatene viser at det som foregår av dialog og diskusjon oppleves forskjellig av medarbeidere som deltar i undersøkelsen. Det kan knyttes til at både kommuner og tjenesteenheter er ulike, samt at slike spørsmål kan oppfattes ulikt av ulike medarbeidere avhengig av utdanning og posisjon.

6.6 Enighet om meninger og holdninger

De to nederste trinnene kan fungere godt på individnivå og krever ikke at det legges til rette for samarbeid på systemnivå. Dialog og

diskusjon kan fungere som en mellomform mellom individ- og systemnivå, det vil være mulig å få det til uten systematisk tilrettelegging, men det vil fungere best med slik tilrettelegging. For å etablere felles meninger og holdninger har det systematiske fokuset på samarbeid og samordning relevans og det vil kreve tilrettelegging for kontinuerlig samarbeid som har prosedyrer som er kjent blant medarbeidere og ledere. Videre vil det å etablere enighet om meninger og holdninger være avhengig av dialog og diskusjon. Det er tidligere pekt på viktigheten av at fortolkningen av innholdet i veilederen «Fra bekymring til handling» er omforent og at kurs etc. kan sørge for at det er en omforent holdning til viktige aspekter ved arbeid knyttet til tidlig innsats.

Indikatorerne for å kunne etablere enighet om meninger og holdninger er derfor eksistensen av kurs, annen opplæring og systematisk informasjon, samt kjente team og prosedyrer for gjennomføring av møter i team, samt at barn og unge som lever i en vanskelig situasjon faktisk fanges opp og at det kan handles på bekymringer. Alle disse faktorene er diskutert over, men det går an å legge til at det å forstå begreper og benytte regler på en noenlunde lik måte kan læres. Når medarbeidere i kommunale tjenester som skal samarbeide har ulik utdanningsbakgrunn kan likhet knyttet til slike faktorer være en utfordring, også når utdanningsgrupper oppfattes å være relativt like. Dette peker igjen på at det er viktig med kunnskap og informasjon.

Dette er det, som det er vist til over, fortsatt mange som mener de ikke har. Det kan derfor fortsatt være viktig at den enkelte kommune investerer i ulike former for opplæring som er spesifikt rettet inn mot tidlig intervensjon. Også kunnskapen medarbeidere i nøkkelkommunene har om tverrfaglige team, deres sammensetning og vurderingene av samarbeidet ligger i bunn for forståelsen av om det er mulig å komme fram til enighet om meninger og holdninger. Som det kan leses ut av avsnittene over har tverrfaglig samarbeid fortsatt ikke veldig gode kår i nøkkelkommunene.

6.7 Felles handling

Felles handling er det øverste trinnet i samhandlingstrappen og det bygger da på de foregående trinnene, ikke minst at det eksisterer enighet om meninger og holdninger. Diskusjonen av foregående

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

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

Alle de fire første trinnene i samhandlingstrappen kan gjennomføres uten at det nødvendigvis nedfeller seg som felles handling overfor en ung eller et barn, eller foreldre og foresatte. Samhandling er et forholdsvis romslig begrep som kan favne over flere former for samarbeid, både på individ og systemnivå. Kanskje det viktigste for at samhandling skal bli felles handling er at det eksisterer noen ressurser i form av tiltak å tilby og rutiner for og kapasitet til å følge dem opp. Ressurser er det ikke spurt om i spørreskjemaet, men vi vet at kommunene har hjelpetjenester som også følger opp i de tilfellene som er interessante her, samt at mange henviser til BUP. I det åpne spørsmålet om barrierer er det gitt noen indikasjoner på at ressursituasjonen ikke er veldig god, for eksempel vises det til at det er lange ventetider. Tabell 3.4 viser også at det er lite kunnskap om rutiner rundt oppfølging av planlagte og igangsatte tiltak i nøkkelkommunene. Av de 1494 som svarer på spørsmålet er det 44 prosent som svarer at det er slike rutiner, mens 51 prosent svarer vet ikke.

6.8 Organisatoriske betingelser i kommunene

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

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

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

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

relevante politikere i styringsgruppen. Det er trolig denne strukturen som nedfeller seg i de nokså positive svarene fra ledere om forankring av prosjektet som det ble vist til i tabell 4.3. Kun en kommune har flat struktur på sin administrative organisasjon, de andre har en kommunalsjefmodell. Det vil si at det er en form for hierarki i den administrative organisasjonen. I kommunalsjefmodellen kan det tilrettelegges for samarbeid og samordning på nivåer over enhetsledere, dette er dermed prosesser som kan foregå ut fra autoritative beslutninger fattet på et nivå over de enkelte tjenestene. Det er dermed et potensial for at alle prosessene fram mot felles handling kan nedfelles som rutiner og faste prosedyrer. Dette vil være mer tungvint i enhetsmodellen eller den flate strukturen, som i all overveiende grad legger til rette for samarbeid på individnivå og ikke for samordning på systemnivå.

Litteratur

- Arnstein, S. (1969): "A ladder of citizen participation in the USA". *Journal of the American Institute of Planners*, 35 (4): 216-224
- Backe-Hansen, E. (2009): *Å sende en bekymringsmelding – eller la det være? En kartlegging av samarbeidet mellom barnehage og barnevern*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. (NOTAT 6/09)
- Baklien, B. (2009): "Skole, barnehage, barneverntjeneste - bilder av «de andre» hindrer samarbeid". *Norges Barnevern* 86(4)
- Baklien, B. og T. Wejden (2009): *Evaluering av prosjektet "Barn i rusfamilier – tidlig intervensjon"*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS-rapport nr. 1/2009)
- Blåka, S. T. Tjerbo og H. Zeiner (2012): *Kommunal organisering. Redegjørelse for Kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 2012:21)
- Dent, M., N. V. Gestel, and C. Teelken (2007): "Symposium on changing modes of Governance in public sector organizations: Action and Rhetoric". *Public Administration*, 85 (1):1-8
- Fimreite, A. L. og P. Læg Reid (2009): "Samordning – flernivåstyringens store utfordring". I Helgøy, I. og J. Aars (red): *Flernivåstyring og demokrati*. Bergen: Fagbokforlaget
- Follesø, R. (2009): "Når omsorgen svikter". I: R. Hjermann og K. Haanes: *Barn*. Oslo: Universitetsforlaget

- Glendinning, C. (2002): "Partnerships between health and social services: developing a framework for evaluation". *Policy and Politics*. 30(1): 115-27
- Hansen, H., N. Rasmussen og F. K. Hansen (2010): *Investeringer i tidlige sociale innsatser- samfunnsøkonomiske beregninger af innsatser i forhold til udsatte børn og unge*. København: Center for Alternativ Samfundsanalyse
- Heggen, K., T. Jørgensen og P. A. Rød (2013): "Det kommunale barnevernet: Faglege argument i møte med kommunalpolitikk". *Norges barnevern*. 90 (2): 84-98.
- Helgesen, M. (2013): *Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI). Følgeevaluering*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 2013:23)
- Helsedirektoratet (2010): *Fra bekymring til handling – En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet*. Oslo: Helsedirektoratet (IS-1742)
- Helsetilsynet (2009): *Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid*. Oslo: Statens helsetilsyn. (Rapport fra Helsetilsynet 5/2009)
- Henningsen, E. (2009): "Bekymringsblikket". *Tidsskrift for Ungdomsforskning* 2009, 9(2):3-23
- Hjern, B. (2007): "Integration - buzz word or challenge for the Swedish model?" I Axelsson, R. og S. B. Axelsson (red): *Inter-sectorial health promotion between professions, organizations and sectors of the society*. Studentlitteratur, Lund
- Hofstad, H., M. Helgesen og G. S. Hanssen (2012): *From service provider to network node: Does the Counties` coordination role contribute to goal attainment and public sector innovation?* Prosjekt i Demosregprogrammet, NFR
- Hovik, S., I. M. Stigen, M. Blekesaune og S. Opedal (2010): *Evaluering av Kvalitetskommuneprogrammet. Sluttrapport*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (Samarbeidsrapport NIBR/NOVA/IRIS 2010)

- Jacobsen, D.I. (1993): "Tverretatlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv". I Repstad, P. (red.): *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Tano
- Jacobsen, I. (2009): "Meldingsmøte – en metode i meldefasen når bekymringer meldes etter Lov om barneverntjenster". *Norges barnevern* 86 (2):128-133
- Lov av 17.07 1992 nr. 100, Barnevernsloven
- Lov av 18.12.2009 nr. 131 Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen
- Lov av 24.06.2011 nr. 30 Helse- og omsorgstjenesteloven
- Myrvold, T.M., G. Møller, H. Zeiner, I. Vardheim, M. Helgesen og T. Kvinge (2011): *Den vanskelige samhandlingen. Evaluering av forvaltningsreformen i barnevernet*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 2011:25)
- Møller, M. Ø. and G. M. Hørrits (2013): "Constructing at-risk target Groups". *Critical Policy Studies*, 7(2): 155-176
- Neumann, C. B. (2009): *Det bekymrede blikket. En studie av helsesøstres handlingsbetingelser*. Oslo: Novus forlag
- Newman, J. (2001): *Modernising Governance. New Labour, Policy and Society*. London: Sage Publications
- Opedal, S., I.M. Stigen og T. Laudal (2002): *Flat struktur og resultatenheter. Utfordringer og strategier for kommunal ledelse*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 2002:21)
- Oldrup, H.H. og K. Vitus (2011): *Indsatser over for udsatte 0-3-årige og deres forældre. En systematisk forskningsoversigt*. København: Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (11:32)
- SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering (2010): *Program för at förebygga psykisk ohälsa hos barn. En systematisk*

litteraturoversikt, Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (Rapportnr: 202)

Snertingdal, M. I. (2012): *Et opplæringsprogram i tidlig intervensjon blir til!* Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS-rapport nr. 5/2012)

Socialstyrelsen (2012 a): *Kortlægning af modeller for tværfagligt samarbejde - Afsluttende rapport*. Aarhus: Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. (Publikationsnr. 12 – 004)

Socialstyrelsen (2012 b): *Modeller for tværfagligt samarbejde i forhold til børn og unge med særlige behov - Delrapport 2, Casestudier*. Aarhus: Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (Publikationsnr.

Socialstyrelsen (2011): *Håndbog om barnets reform*. Odense: Servicestyrelsen

Socialstyrelsen (2008): *Bedre Tværfaglig Indsats. Idékatalog*. Odense: Servicestyrelsen

Torsteinsen, H. (2012): “Why Does Post-Bureaucracy lead to more Formalisation?” *Local Government Studies*. 38(3): 321-344

Widmark, C., C. Sandal, K. Piuva og D. Bergman (2013): “Parents experience of collaboration between welfare professionals regarding children with anxiety or depression – an explorative study”. *International Journal of Integrated Care*. URN:NBN:NL:U10-1-114753

Winswold, A. (2011): *Evaluering av prosjektet “Sammen for barn og unge – bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. (NOVA Rapport 18/11)

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

Vedlegg 1

Hei!

Din kommune har siden 2012 deltatt i utviklingen av en nasjonal samarbeidsmodell, Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI) etter inspirasjon fra Danmark. Nå kan du si din mening om dette arbeidet, også om du mener du ikke har vært mye involvert!

Svarene vil bli behandlet på en slik måte at de som deltar sikres anonymitet.

På forhånd tusen takk!

Spørsmål 1: Hvilken kommune arbeider du i?

Spørsmål 2: Er du mann eller kvinne?

Kvinne

Mann

Spørsmål 3: Har du en lederfunksjon i kommunen?

Ja

Nei

Spørsmål 3.a: Hvordan er prosjektet er forankret?

- Det er forankret blant medarbeidere i tjenesten
- Det er forankret på ledelsesnivå i min tjeneste
- Det er forankret på ledelsesnivå i samarbeid mellom tjenester
- Det er forankret i rådmannens/administrasjonssjefens stab
- Det har vært gjenstand for politisk beslutning
- Uaktuelt
-

Spørsmål 3.b: Har du som medarbeider fått nødvendig informasjon og støtte for ditt arbeid med prosjektet Bedre Tverrfaglig Innsats?

- Ja, fra kolleger i min enhet
- Ja, fra kolleger i samarbeidende enheter
- Ja, fra nærmeste leder
- Ja, fra ledere fra samarbeidende enheter
- Ja, fra ledergruppen
- Ja, vi oppfatter at hele kommunen er sammen om prosjektet
- Nei
- Uaktuelt
-

Spørsmål 4: I hvilken tjeneste arbeider du?

- Barnehage
- Barnevern
- Fastlege
- Helsestasjon
- Hjemmetjenesten
- Kommunelege

-
- Kommunepsykolog
 - Kommunal kontakt for oppfølgingstjenesten
 - NAV
 - PPT
 - Psykisk helsetjeneste
 - Rustjenesten
 - Rus- og psykisk helsetjeneste
 - Skole
 - Skolehelsetjenesten
 - Annet

Hvis du har svart annet er det fint om du presiserer hvor du arbeider

Spørsmål 4a. Har din enhet vært pilot for BTI i kommunen?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Spørsmål 5: Hvilken stilling har du?

- Styrer i barnehage
- Pedagogisk leder i barnehage
- Avdelingsleder i Barnehage
- Assistent
- Rektor på skole
- Inspektør
- Kontaktlærer
- Sosialrådgiver

- Miljøarbeider
- Medarbeider på SFO
- Lege
- Helsesøster
- Jordmor
- Saksbehandler
- Rådgiver
- Pedagog
- Annet

Hvis du svarer annet er det fint om du oppgir hvilken stilling du har.

Spørsmål 6: Hvor lenge har du hatt din nåværende stilling?

- Mindre enn ett år
- 1-3 år
- 3-5 år
- 5-8 år
- Mer enn 8 år

Spørsmål 7: Kjenner du veilederen 'Fra bekymring til handling - en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet'?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Spørsmål 8: Kan du spesifisere ditt kjennskap til veilederen?

- Jeg har hørt om den
- Jeg har lest den
- Jeg bruker den

Spørsmål 9: Ta stilling til følgende påstand om oppfølging av barn og unge det er knyttet bekymring til.

	Helt enig	Enig	Både og	Uenig	Helt uenig	Vet ikke
I min tjeneste undersøkes alle bekymringer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I min tjeneste oppdages barn og unge som lever i en vanskelig/belastende livssituasjon i en tidlig fase	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Informasjon om hjelp og støtte til barn og unge det er knyttet bekymring til er lett tilgjengelig i vår kommune	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barn og unge/familier det er knyttet bekymring til får nødvendig støtte, hjelp og oppfølging i vår kommune	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Spørsmål 10: Vet du hvem i kommunen som ha ansvar for å følge opp barn og unge?

Ja

Nei

Vet ikke

Spørsmål 10a: De har ansvar for å følge opp barn og unge som:

- Har forelder/ foreldre med rusutfordringer
- Har forelder/foreldre med psykisk sykdom
- Har forelder/ foreldre med alvorlig somatisk sykdom
- Har forelder/ foreldre med andre typer utfordringer
- Som selv har en rusutfordring
- Som strever på grunn av psykiske plager
- Som selv har en somatisk sykdom
- Som har vært utsatt for, opplevd eller vært vitne til vold/ overgrep
- Som strever på grunn av mobbing
- Som har andre typer utfordringer

Spørsmål 11: Har du de siste 12 måneder vært bekymret for et barn eller en ungdom?

Ja

Nei

Vet ikke

Spørsmål 12: Kan du krysse av for hva du gjorde med bekymringen?

Samtalte med barnet /den unge

Diskuterte saken anonymt med en kollega i min tjeneste

Konfererte med nærmeste overordnede

Tok kontakt med en annen tjeneste

Sorget for at bekymringen ble diskutert på en egnet arena

Meldte bekymringen til tverretattlig team

Meldte bekymringen til barnevernet

Visste ikke hva jeg skulle gjøre

Gjorde ingenting

Spørsmål 13: Kan du nevne inntil tre barrierer for å følge opp bekymringer?

Spørsmål 14: Foreligger det skriftlige rutiner for samarbeid om tidlig innsats i din kommune?

Ja

Nei

Vet ikke

Spørsmål 14 a: Foreligger det skriftlige rutiner (rutinebeskrivelser, håndbok etc) for tverrfaglig samarbeid om bekymringsmeldinger i din kommune

Ja

Nei

vet ikke

Spørsmål 15: Blir prosedyrene fulgt opp av leder eller andre (siste 12 måneder)?

Ja

Nei

Vet ikke

Spørsmål 16: Kan du krysse av for relevante tiltak for hvordan prosedyrene følges opp?

Med veiledning

Med opplæringstiltak

Med kontroll

De følges ikke opp

Annet

Hvis du har svart annet er det fint om du presiserer:

Spørsmål 17: Har du i løpet av de siste 24 måneder gjennomført samtaler med foresatte på bakgrunn av bekymring for barn eller unge?

Ja

Nei

Vet ikke

Spørsmål 18: Har du i løpet av de siste 24 måneder fått opplæring i å samtale med barn eller unge det er knyttet bekymring til?

Ja

Nei

Vet ikke

Spørsmål 19: Har du i løpet av de siste 24 måneder gjennomført en eller flere samtaler med barn eller unge du har vært bekymret for?

Ja

Nei

Vet ikke

Spørsmål 20: Har du i løpet av de siste 24 måneder fått opplæring i tema som knytter an til tidlig innsats?

	Ja	Nei	Vet ikke
Kurs på arbeidsplassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs ved utdanningsinstitusjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Årseining	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bachelor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Master	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Spørsmål 21: Hvis du har svart ja på noen av spørsmålene over er det fint om du skriver hvilken utdanning du har tatt og hvilken utdanningsinstitusjon du tok den på.

Spørsmål 22: Har du i løpet av de siste 24 måneder fått opplæring i:

	Ja	Nei	Vet ikke
Taushetsplikt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opplysningsplikt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opplysningsrett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samtykke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Spørsmål 23: Har du behov for opplæring i noe av følgende:

	Ja	Nei	Vet ikke
Gjennomføring av tidlig innsats	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Å identifisere tegn på at barn eller unge opplever utfordringer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Å identifisere tegn på at barn eller unge lever i en problemfylt omsorgssituasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Å fange opp tegn på bekymring hos barns eller unges foresatte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samtalemetodikk for å snakke med barn og unge det er knyttet bekymring til	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Å identifisere beskyttelsesfaktorer hos barn og unge, og i deres omgivelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Å vite hvilke muligheter og begrensninger reglene om taushetsplikt, opplysningsplikt, opplysningsrett og samtykke gir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Spørsmål 24: Er det opprettet tverretatlige eller tverrfaglige team i din kommune der bekymring for og unge diskuteres anonymt?

Ja

Nei

Vet ikke

Spørsmål 25: Er din tjeneste representert i dette teamet?

Ja

Nei

Vet ikke

Spørsmål 26: Er det opprettet et tverretatlig team i din kommune der det diskuteres konkrete bekymringer for barn og unge med samtykke?

Ja

Nei

Vet ikke

Spørsmål 27: Er din tjeneste representert i dette teamet?

Ja

Nei

Vet ikke

Spørsmål 28: Er det etablert andre samarbeidsfora for tidlig innsats i kommunen?

Spørsmål 29: Hvilke tjenester er representert i team og samarbeidsfora?

Barnhager

Barnevern

Fastlege

Helsestasjon

Hjemmetjenesten

Kommunelege

Kommunepsykolog

Kommunal kontakt for oppfølgingstjenesten

NAV

PPT

Psykisk helsetjeneste

Rustjenesten

Rus- og psykisk helsetjeneste

Skole

Skolehelsetjenesten

Annet

Hvis du har svart annet er det fint om du presiserer.

Spørsmål 30: Hvordan organiseres de tverretatlige/ tverrfaglige møtene i din kommune?

	Ja	Nei	Vet ikke
Jeg vet hvem som har ansvar for forberedelse og innkalling til tverretatlige møter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg vet hvem som er møteleder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi har rutiner for utveksling av informasjon og saksopplysninger i tverretatlige møter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi har rutiner for oppfølging av planlagte eller igangsatte tiltak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Foresatte blir invitert til møter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er vanlig at foresatte deltar på møter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg vet hvordan jeg får tatt opp saker i det tverretatlige teamet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Spørsmål 31: Er det tydelig for deg hvilke roller og ansvar de ulike tjenestene har for oppfølging av barn og unge det er knyttet bekymring til? (ikke kryss av for egen tjeneste)

Barnhager

Barnevern

Fastlege

Helsestasjon

Hjemmetjenesten

Kommunelege

Kommunepsykolog

Kommunal kontakt for oppfølgingstjenesten

NAV

PPT	<input type="checkbox"/>
Psykisk helsetjeneste	<input type="checkbox"/>
Rustjenesten	<input type="checkbox"/>
Rus- og psykisk helsetjeneste	<input type="checkbox"/>
Skole	<input type="checkbox"/>
Skolehelsetjenesten	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>

Spørsmål 32: Hvordan vurderer du samarbeidet med følgende tjenester i bekymringsaker?

	Godt	Både og	Dårlig	Ikke aktuelt
Barnehager	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barnevern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BUP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fastlege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helsestasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PPT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rus- og psykisk helsetjeneste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skolehelsetjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Spørsmål 33: På en skala fra en til fem: I hvilken grad oppfatter du at saker dere melder til barnevernet blir fulgt opp?

- I svært stor grad
- I stor grad
- Både og
- I liten grad

I svært liten grad

Vet ikke

Spørsmål 34: Din kommune har nå deltatt i prosjektet 'Bedre Tverrfaglig Innsats' i to år. Har du noe du har lyst til å si om prosjektet eller kommunens arbeid med prosjektet er det fint om du skriver det her.

Norsk institutt for by- og region-forskning (NIBR) er et uavhengig, samfunnsvitenskapelig forskningsinstitutt som utvikler og formidler forskningsbasert kunnskap til nytte for beslutningstakere og samfunnsborgere.

NIBR tilbyr handlingsorientert og beslutningsrelevant forskning og utredning for oppdragsgivere i offentlig og privat sektor og konkurrerer om oppdrag nasjonalt og internasjonalt. Instituttet legger vekt på å være en konkurransedyktig bidragsyter til programforskningen i Norges forskningsråd og til internasjonale forskningsprogrammer, bl.a. i regi av EU. NIBR er en frittstående stiftelse, og realisering av instituttets forskningsmål forutsetter at driften går med økonomisk overskudd. Alt overskudd tilbakeføres til NIBR og brukes i tråd med instituttets formål.

NIBRs kjernekompetanse er by- og regionforskning. Dette er et bredt tverrfaglig og flerfaglig samfunnsvitenskapelig forskningsfelt som bl.a. omfatter: analyser av samfunnsforhold og samfunnsendring i urbane og rurale samfunn og på tvers av regioner, sektorer og nivåer, analyser av regional utvikling og verdiskaping, areal- og boligplanlegging, forvaltning, demokrati og velferdsutvikling innenfor og på tvers av lokale samfunn, territorielle samfunnsanalyser koplet til studier av bærekraftig utvikling.

By- og regionforskning er et internasjonalt forskningsfelt, og NIBR engasjerer seg aktivt i internasjonal forskning på instituttets satsingsområder.

NIBR har 65 forskere med samfunnsfaglig og planfaglig bakgrunn. Staben omfatter sosiologer, statsvitere, økonomer, demografer, antropologer, geografer, arkitekter og sivilingeniører.

Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR)

Gaustadalléen 21
0349 OSLO
Telefon: 22 95 88 00
Telefaks: 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no
www.nibr.no

NIBR er en del av CIENS

CIENS er et strategisk forskningssamarbeid mellom uavhengige forskningsinstitutter og Universitetet i Oslo. CIENS er et nasjonalt og internasjonalt senter for tverr- og flerfaglig forskning om miljø og samfunn. Senteret er basert på felles faglige strategier og forskningsprogram, og samarbeider om forsknings- og formidlingsoppgaver. Gjennom CIENS er rundt 500 forskere samlokalisert i Forskningsparken.

Rapporten redegjør for andre runde i underveisevalueringen av prosjektet Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI) som Helsedirektoratet har arbeidet med sammen med 8 nøkkeltkommuner. Ved bruk av spørreskjemadata fra ledere og medarbeidere i kommunene viser rapporten at det er forbedringer i det tverrfaglige arbeidet i perioden 2012-2015.