

---

RAPPORT NR. 1606 | Guri K. Skrove og Kari Bachmann

---

# KVALITET I ALLE LEDD

Samordning av hjelpetilbud til barn og unge





---

<b>TITTEL</b>	Kvalitet i alle ledd. Samordning av hjelpetilbud til barn og unge
<b>FORFATTERE</b>	Guri K. Skrove og Kari Bachmann
<b>PROSJEKTLEDER</b>	Guri K. Skrove
<b>RAPPORT NR.</b>	1606
<b>SIDER</b>	94
<b>PROSJEKTNUMMER</b>	2494
<b>PROSJEKTITTEL</b>	Kvalitet i alle ledd
<b>OPPDRAGSGIVER</b>	Helse Møre og Romsdal HF
<b>ANSVARLIG UTGIVER</b>	Møreforskning Molde AS
<b>UTGIVELSESTED</b>	Molde
<b>UTGIVELSEÅR</b>	2016
<b>ISSN</b>	0806-0789
<b>ISBN (TRYKT)</b>	978-82-7830-262-0
<b>ISBN (ELEKTRONISK)</b>	978-82-7830-263-7
<b>DISTRIBUSJON</b>	Høgskolen i Molde, Biblioteket, pb 2110, 6402 Molde tlf 71 21 41 61 epost: biblioteket@himolde.no www.moreforsk.no

---

### **SAMMENDRAG**

Rapporten gjennomgår funn fra en følgeforskning av prosjektet Kvalitet i alle ledd. Prosjektperioden går fra 2012 til 2016. Forskningsgruppen Helse og utdanning ved Møreforskning Molde har gjennomført følgeforskningen på oppdrag fra Helse Møre og Romsdal HF. Forskningen ble gjennomført i 3 faser. Det startet med en før-undersøkelse av endringsbehovet blant tjenestene for barn og unge. I neste fase fulgte en utviklingen av samhandlingsforløp for tjenestene for utsatte barn og unge. Til slutt ble den første tidlige implementeringsfasen fulgt, gjennom en analyse av endringer og utfall av Kvalitet i alle ledd etter prosjektperioden. Etter denne innledende implementeringsfasen var det en positiv holdning til selve samhandlingsforløpet og respondentene i undersøkelsen mente at det har potensiale til å føre til bedre måter å arbeide på. Det kritiske punktet i prosessen fremover er den kontekstuelle tilretteleggingen for den videre implementering av forløpet.

Den første fase var finansiert av VRI Møre og Romsdal, resten av Helse Møre og Romsdal HF.

---

© FORFATTER/MØREFORSKING MOLDE

Forskriftene i åndsverksloven gjelder for materialet i denne publikasjonen. Materialet er publisert for at du skal kunne lese det på skjermen eller fremstille eksemplarer til privat bruk. Uten spesielle avtaler med forfatter/Møreforskning Molde er all annen eksemplarframstilling og tilgjengelighetsgjøring bare tillatt så lenge det har hjemmel i lov eller avtale med Kopinor, interesseorgan for rettshavere til åndsverk.

---



---

## FORORD

---

Denne rapporten er basert på følgeforskning av prosjektet Kvalitet i alle ledd i perioden 2012 til 2016. Følgeforskningen er gjennomført av Helse og utdanning ved Møreforskning Molde på oppdrag fra Helse Møre og Romsdal HF og har bestått av 3 faser, med en før-undersøkelse av endringsbehovet blant tjenestene for barn og unge, en analyse av endringsprosesser under prosjektperioden og en analyse av endringer og utfall av Kvalitet i alle ledd etter prosjektperioden. Den første fase var finansiert av VRI Møre og Romsdal, resten av Helse Møre og Romsdal HF. Helse Møre og Romsdal har i Kvalitet i alle ledd lagt vekt på en forskningsbasert tilnærming samtidig som de har ønsket en ekstern vurdering av prosjektet.

Vi vil rette en stor takk til alle respondenter og informanter i kommunene Averøy, Fræna, Molde og Smøla og i Helse Møre og Romsdal HF som har stilt opp på intervju og besvart spørreskjema i prosjektperioden. Vi vil også takke alle som har deltatt i styrings-, prosjekt- og arbeidsgruppene i Kvalitet i alle ledd for at vi har fått delta på møter, gjennomføre intervju, at de har stilt opp som kontaktpersoner og med tilbakemeldinger underveis i prosjektet.

Prosjektleder i Kvalitet i alle ledd, Henrik Sollie ved Helse Møre og Romsdal HF har vært til stor hjelp under prosjektperioden. Vi ønsker å takke ham for et godt og faglig inspirerende samarbeid i prosjektet.

Guri K. Skrove,

Prosjektleder

Molde, mai 2016.



---

## INNHold

---

Forord.....	5
Innhold .....	7
Begrepsavklaringer.....	9
Utsatte barn og unge.....	9
Samhandling og samarbeid .....	9
1    Innledning.....	9
2    Kvalitet i alle ledd.....	10
2.1    Organisering av prosjektet .....	11
3    Bakgrunn .....	12
3.1    Kunnskapsgrunnlag om samhandlingsutfordringer .....	12
4    Evalueringens formål og problemstillinger .....	17
5    Metode og datainnsamling .....	18
5.1    Intervju .....	18
5.2    Observasjonsdata.....	20
5.3    Vurdering av familiemøter .....	21
5.4    Spørreskjema.....	22
5.5    Etske hensyn og metodiske refleksjoner.....	22
6    Forprosjektet – fase 1 .....	23
6.1    Henviser og henvisningsårsaker .....	23
6.2    Samarbeidet mellom tjenestene.....	24
6.3    Bruk av felles tverrfaglige møtearenaer.....	24
6.4    Tilgjengelighet for hverandre.....	26
6.5    Rutiner og ansvarsfordeling .....	27
6.6    Kunnskap om hverandre .....	30
6.7    Kompetanse .....	31
6.8    Endringsbehov og løsningsforslag.....	31
6.9    Brukernes erfaringer med tjenestene til barn og unge.....	35
6.10    Tjenestenes synspunkter.....	37
7    Prosjektprosesser og utviklingsarbeid – fase 2 .....	39
7.1    Prosjektets organisering.....	39
7.2    Forankring .....	41
7.3    Prosjektprosessen .....	43
7.4    Brukermedvirkning i prosjektet .....	45
7.5    Syn på endring av eksisterende praksis .....	46
7.6    Prosjektdeltagernes forventninger til forløpet .....	47
7.7    Tanker om implementeringsfasen .....	49
8    Endringer og utfall av prosjektet – fase 3 .....	52
8.1    Kvalitet i alle ledd gjennom bedre samhandling, felles mål og kunnskap .....	52

8.2	To uavhengige diagnosebaserte forløp ble til ett samhandlingsforløp .....	53
8.3	Utfall av prosjektet .....	53
8.4	Brukernes vurdering av familiemøter .....	56
8.5	Samordning av hjelpetilbud for barn og unge – selve forløpet .....	59
8.6	«Handling endrer holdninger» – implementering av ny praksis.....	68
8.7	Oppsummering av endringer og utfall av prosjektet .....	68
9	Implementering av samhandlingsforløpet.....	71
9.1	Om respondentene .....	71
9.2	Bruk av samhandlingsforløpet .....	72
9.3	Kjennskap til og bruk av samhandlingsforløpet i helseforetaket og i kommunene.	75
9.4	Implementeringen av samhandlingsforløpet.....	78
9.5	Tilbakemeldinger og kommentarer om implementering og bruk av samhandlingsforløpet.....	85
10	Sammenfatning .....	86
10.1	Oppsummering fase 1 .....	86
10.2	Oppsummering fase 2 .....	87
10.3	Oppsummering fase 3 .....	89
10.4	Sammenfatning av prosjektutfallet og anbefalinger for videre arbeid.....	91
11	Referanser .....	91
12	Vedlegg.....	94



---

## BEGREPSAVKLARINGER

---

### UTSATTE BARN OG UNGE

Utsatte barn og unge er en betegnelse som kan ha ulik betydning i ulike kontekster. I denne rapporten er betegnelsen utsatte barn og unge definert som «barn og unge med sammensatte vansker og problemer, som over tid har behov for tjenester og tilbud fra minst to instanser» (NOU, 2009:22). Definisjonen omfatter barn og unge med ulike problemstillinger og behov. Problemstillingene eller behovene kan dreie seg om for eksempel lærevansker, atferdsproblemer, psykiske vansker, fysiske eller psykiske funksjonsnedsettelse, rusproblematikk, barn og unge som har vært utsatt for omsorgssvikt eller vold m.m. (NOU, 2009:22). Hvert enkelt barn eller ungdoms problemstilling og behov skal avgjøre hvilke instanser som skal yte tilbud til den enkelte.

### SAMHANDLING OG SAMARBEID

Samhandling kan være et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (St. Meld. 47 (2008-2009), 2009). Samarbeid kan beskrives som det å arbeide mot et felles mål som partene er enige om, med den antakelse at det innebærer økt effektivitet og økonomisering av innsats (Nilsen, 2011). Samarbeid omhandler oftest et mer eller mindre definert interesseområde og har begrenset og er på individnivå, mens samhandling er mer preget av formalitet, lenger varighet og er på organisasjonsnivå (Nilsen, 2011). Derimot kan samarbeid på individnivå forenkle samhandlingen og heve kvaliteten på tjenester som tilbys gjennom samordningen (Nilsen, 2011). Tverrfaglig samarbeid er når flere yrkesgrupper arbeider sammen på tvers av faggrensene for å nå et felles mål (Olsen og Jentoft, 2013). I denne rapporten er det forsøkt skilt mellom samhandling på overordnet systemnivå og samarbeid på individnivå. Under datainnsamlingen ble ikke samhandling og samarbeid definert og våre funn tyder på at respondentene og informantene i dette prosjektet har ulik forståelse av begrepene. I casestudien kom det frem at de fleste forstår samhandling og samarbeid som to sider av samme sak, mens enkelte har mer formelle krav til bruk av begrepet samhandling. Informantene har også noe ulikt syn på hva som er god samhandling. Funnene som presenteres om samhandling i denne rapporten omfatter derfor både samhandling i definert betydning og samhandling i en mindre formell forståelse av begrepet som samarbeid mellom tjenestene.

---

## 1 INNLEDNING

---

Utsatte barn og unge har behov for koordinerte tjenester fra flere tjenesteytere. Ofte er utsatte barn og unge inne i flere tjenester samtidig, og det kan oppstå uklarheter og diskusjoner om hvem som har ansvar for å hjelpe dem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). I Samhandlingsreformen er helse- og omsorgstjenestenes evne til å svare på pasientens behov for koordinerte tjenester sentral, og helhetlige pasientforløp er et grep som skal bidra til å ivareta dette i større grad enn tidligere (St. Meld. Nr. 47, 2008-2009). Pasientforløp frontes som en mulig løsning på denne utfordringen.

Pasientforløp kan sies å være hoved verdikjeden i helsetjenesten. Forløpet utløses av pasientens helseproblem og prosessen gjennom forløpet er sekvensiell. I forløpet skal ulike aktører inn å gjennomføre oppgaver, før ansvaret videreføres til neste aktør i kjeden. Et vesentlig element er at pasientforløp er informasjonsdrevet, hvor lite vil skje uten at informasjon utveksles (Remen og Grimsmo, 2011). Helhetlige pasientforløp er derfor avhengig av god informasjonsflyt mellom aktørene, og at tilstrekkelig informasjon formidles videre til neste ledd i forløpet. Dette kan beskrives med en enkel informasjonsmodell som fungerer både på organisasjonsnivå og individuelt mellom samhandlende helsepersonell (van der Meijden et al, 2003). Det er imidlertid flere barrierer for å få til et helhetlig pasientforløp. Forløpet mellom nivåene i helsetjenesten er kjennetegnet av skifter i eierskap, skifte av lov- og regelverk, skifte av finansieringsordninger, skifter i behandlingsansvar, skifte i faglige mål og sterke begrensninger i informasjonsflyt på tvers av tjenestene (Snøfugl m.fl., 2005). Det som fremstår som viktigst for å skape helhetlige og koordinerte tjenester for brukerne er en oppmykning og forbedring av informasjonsutveksling på tvers av tjenestene.

Men å bruke begrepet pasientforløp om hele prosessen fra oppfangning, utredning og behandling, til oppfølging av utsatte barn og unge, er av flere årsaker problematisk. For det første starter et pasientforløp tradisjonelt ved at helsetjenesten oppsøkes grunnet et helseproblem, mens utsatte barn og unge oftest fanges opp og henvises til helsetjenesten etter bekymring fra foresatte eller ansatte ved barnehage eller skole. Grensen mellom hva som er vanlig og hva som er uvanlig når det gjelder barn og unges vansker er ofte flytende, og det kan være vanskelig å avgjøre når en bekymring oppstår og skal tas videre. Hvor et forløp skal starte er derfor vanskelig å definere, og det kan være mange ulike innganger til behovet for hjelp fra tjenestetilbudet. Videre kan hjelpebehovet bestå av mer enn helsetjenester alene. Det kan eksempelvis være PP-tjenesten, barnevern, barnehage, skole, avlastning og lignende. Det er derfor heller ikke uproblematisk å kalle et barn for pasient. Forløpsbegrepet i seg selv antyder noe som følger etter hverandre i tid, men når det gjelder utsatte barn og unge er det viktig at man samhandler samtidig hele veien fra en bekymring oppstår til oppfølging eventuelt kan avsluttes. I prosjektet Kvalitet i alle ledd har man derfor valgt å gå fra et formål om å utvikle *standardiserte pasientforløp for barn og unge* til å utvikle *samordning av hjelpetilbud til barn og unge*.

---

## 2 KVALITET I ALLE LEDD

---

Prosjektet Kvalitet i alle ledd ble opprettet på bakgrunn av Samhandlingsreformen og påfølgende lov- og forskriftsendringer, samt tilsyn og rapporter som pekte på mangelfull samordning av hjelpetilbudet for utsatte barn og unge. Utvikling av standardiserte pasientforløp ble av strategigruppen for psykisk helsevern for barn og unge frontet som det sterkeste virkemiddel for å få til bedre samhandling. I følge Helse Møre og Romsdals styringsdokumenter etter 2012 skal psykisk helsevern for barn og unge (BUP) ha samkonsultasjoner med kommunale tjenester og det skal etableres flere felles pasientforløp med kommunene for habiliteringstjenestens målgrupper. BUP, barnehabilitering og avdeling for barn og unge ved Helse Nordmøre gikk dermed sammen og inviterte med seg fire prosjektkommuner til et prosjekt om pasientforløp og koordinerte tjenester til barn og unge. Målet med prosjektet var å utvikle gode samarbeidsrutiner mellom familier, kommuner og spesialisthelsetjeneste, slik at barn og unge med

sammensatte vansker og behov får så god og samordnet hjelp som mulig. Prosjektet ble finansiert med midler fra blant annet Helse Midt-Norge og Helsedirektoratet, samt en betydelig egeninnsats fra både helseforetaket og kommunenes side. Prosjektet har pågått i perioden 2011 til 2015.

Det ble først gjennomført et forprosjekt med intervju av 63 sentrale informanter fra instanser i kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester for å undersøke samhandlingsmønstre og samhandlingserfaringer, og på bakgrunn av dette identifisere endringsbehov og mulige endringsløsninger i samordningen av hjelpetilbud til barn og unge. Undersøkelsen bekreftet behovet for utvikling av modeller for samhandling og prosedyrer for samarbeid, tilsvarende det planlagte arbeidet i Kvalitet i alle ledd med samordning av hjelpetilbud til barn og unge (Kaurstad og Bachmann, 2013). Kommunikasjon og informasjon innad og mellom instansene fremsto som den kanskje aller største utfordringen, og bruk av vurderingssamtaler tidlig i saker var et løsningsforslag alle instansene var enige om (ibid.). Resultater fra forprosjektet er presentert i mer detalj et eget avsnitt i resultatdelen i denne rapporten.

## **2.1 ORGANISERING AV PROSJEKTET**

Prosjektet har vært organisert med en styringsgruppe, en prosjektgruppe og to arbeidsgrupper, en for hver av de to vanskeområdene i prosjektet (ADHD og autismspekterforstyrrelser). I alle gruppene har det vært representanter fra hver av de fire prosjektkommunene, fra barnehabilitering, BUP klinikkene i Molde og Kristiansund og brukerrepresentanter. Sammensetningen av gruppene i prosjektet er nøye gjennomtenkt med tanke på å få inn størst mulig bredde av kompetanse og erfaringer i prosjektet, men allikevel unngå for store grupper. Dette er løst ved at gruppene har vært sammensatt av ulike kompetanse fra de ulike instansene.

Styringsgruppen hadde i mandat å ivareta den overordnede styringen av prosjektet. Den skulle ta avgjørelser knyttet til økonomi, organisering og viktige prinsipielle forhold, samt godkjenne det ferdigstilte resultatet. Styringsgruppen hadde et spesielt ansvar for å sikre at prosjektet ble forankret i overordnede administrative og politiske styringsorganer i egne organisasjoner, og rapportere til egne kommuner/enheter/brukernettverk og lignende. Prosjektleder har vært sekretær for styringsgruppen, og har lagt frem saker i samråd med styringsgruppens leder.

Prosjektgruppen har sett spesielt på generelle samarbeidsrutiner mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. I gruppen har kommunene hatt fokus på bedre samarbeidsrutiner mens spesialisthelsetjenesten har hatt fokus på egen tilgjengelighet ovenfor kommunene. Prosjektgruppen har også stått i bresjen for ulike kompetansetiltak som er gjennomført i regi av prosjektet. Prosjektleder har vært sekretær også i prosjektgruppen og ledet arbeidet i gruppen.

For hvert av de to vanskeområdene, ADHD og autismspekterforstyrrelser, ble det satt ned arbeidsgrupper. Arbeidsgruppene har arbeidet med utviklingen av de nye koordinerte utrednings- og behandlingslinjene, eller samordningen av hjelpetilbudet for barn og unge som ble den endelige betegnelsen. Arbeidsgruppene har sett på dette i forhold til spesielle utfordringer knyttet til vansketilstanden de representerte. Bakgrunnen for at det ble opprettet to arbeidsgrupper var at det i utgangspunktet var planlagt å utvikle diagnosebaserte forløp i prosjektet. Under arbeidet kom det imidlertid frem at det var mer hensiktsmessig og ønskelig å heller utvikle et generelt samhandlingsforløp. Begrunnelsen for dette var blant annet at store deler av de diagnosebaserte forløpene som ble utviklet beskrev generelle samhandlingsprosedyrer som ble felles for begge forløpene, og at man ønsket å unngå at man fokuserer på

diagnose for tidlig og dermed mister noe av bredden i perspektiver og forståelse. Det diagnosespesifikke arbeidet som ble gjennomført i arbeidsgruppene ble i samordning av hjelpetilbud for barn og unge samlet i egne faktabokser.

---

### **3 BAKGRUNN**

---

I dette kapittelet gis en kort innføring i eksisterende kunnskap og problemstillinger knyttet til samhandling om tjenester til barn og unge. Blant annet presenteres velkjente samhandlingsutfordringer beskrevet i foreliggende litteratur. Vi forsøker å sette lys på forebygging og tidlig innsats som metode for hvordan helse- og omsorgstjenestene kan utøves og organiseres. Slike mål forsterker behovet for samhandling på tvers av fag, etater, sektorer og ansvarsområder ytterligere, og vi har derfor kort skissert samhandlingsutfordringene knyttet til tidlig innsats med eksempler fra noen relevante studier.

Kommunene har en rekke tjenester som sammen dekker tjenestetilbudet for barn og unge, hvor de mest sentrale er; barnehage og skole, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PP-tjeneste), helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barneverntjenesten og fastlegetjenesten. En del av tjenestene følger egne lov- og avtaleverk som legger premisser for deres arbeidsfelt og oppgaver. Kommunene kan stort sett selv velge hvordan de ønsker å organisere sine tjenester til barn og unge, men tjenestene er lovpålagt å samarbeide med andre tjenesteytere ved behov og koordinere planarbeidet for å sørge for et helhetlig tilbud til den enkelte pasient og bruker.

Dersom pasient eller bruker har behov for mer spesialisert behandling enn det de kommunale helsetjenestene kan tilby, kan pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten. Dette omfatter sykehus og institusjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk, ambulansetjeneste og privatpraktiserende spesialister med driftsavtale. For barn og unge omfatter spesialisthelsetjenesten psykisk helsevern barn og unge (BUP), habilitering av barn og unge (HABU) og sengepost og dagbehandling for barn og unge. Tjenestene er hjemlet i Lov om spesialisthelsetjenesten m.m av 1999.

#### **3.1 KUNNSKAPSGRUNNLAG OM SAMHANDLINGSUTFORDRINGER**

Kunnskapsgrunnlaget beskriver samhandlingsutfordringer som er fremtredende i tjenesteytelsen for utsatte barn og unge. Deler av kunnskapsgrunnlaget er tidligere publisert i vår rapport «Trygg oppvekst – helhetlig organisering av tjenester for barn og unge» (Kaurstad, Bachmann, Bremnes og Groven, 2015).

##### **3.1.1 SAMHANDLING OM TJENESTER TIL BARN OG UNGE**

Kompleksiteten kommunen står ovenfor som tjenesteyter er økende, hvor mer spesialiserte oppgaver tillegges kommunene (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014). Innen tjenesteområder for barn og unge skal kommunene både ivareta skole, barnehage og helsestasjonstjenester, samtidig som de skal ha stadig mer spesialiserte tjenester innen barnevern, PP-tjeneste, spesialundervisning og psykisk helsearbeid. Med mer spesialiserte tjenester er det behov for økt kompetanse, og mer tverrfaglig samarbeid. De organisatoriske rammene og ledelsen er viktig for samhandling, og må bygge opp og ivareta samhandlingskultur

og tverrfaglig samarbeid i organisasjonen (Kaurstad, Bachmann, Bremnes og Groven, 2015). Det er kommunens ledelse som har ansvaret for å etablere et system og en organisering av samarbeid mellom helse-, sosial- og barneverntjenester til utsatte barn og unge som fungerer. Dette har ført til at samarbeid mellom tjenestene organiseres og gjennomføres på mange ulike måter (Helsetilsynet, 2009). Under et tilsyn i 2008 ble det avdekket brudd på regelverk knyttet til samarbeid om tjenester til utsatte barn og unge i nesten 80 prosent av kommunene, og at kommunene ikke la godt nok til rette for samarbeid om tjenestene (Helsetilsynet, 2009). Brudd på regelverk ble funnet både i små oversiktlige kommuner og i større mer kompliserte kommuner. Regelbruddene gjaldt både samarbeid om tidlig identifisering og oppfangning av utsatte barn og unge, samt utredning og gjennomføringen av tjenestene til denne gruppen. Avvikene skyldtes blant annet mangelfull kunnskap om hverandres tjenester, for sene meldinger fra helse- og sosialtjenestene til barnevernet og mangel på rutiner rundt henvisning (ibid.). Tverrfaglig samarbeid er satsningsområde innen tjenestene for barn og unge i de fleste kommuner (Kaurstad, Bachmann, Bremnes og Groven, 2015).

Ledelsens krav og forventninger er sentralt for tilrettelegging for samhandling (Kaurstad, Bachmann, Bremnes og Groven, 2015). Ledelsens syn på samhandling er den faktoren flest kommunale ledere opplever fremmer samhandling. Derfor blir samkjøring av ledelsen og tydelig ansvarliggjøring av ledelsen viktig for samhandling mellom tjenestene i kommunen (ibid.). Videre må man ta hensyn til at samhandling er ferskvare og en sterk samhandlingskultur krever kontinuerlig arbeid og vedlikehold (ibid.). Mangfoldet av profesjoner, tjenester, lover og forskrifter som preger tjenesteytelsen til barn og unge gjør at samarbeid kan være komplisert. Andre faktorer som fremstår som viktige for tverrfaglig samarbeid mellom tjenestene er blant annet; forankring og organisering i kommunen med felles møtearenaer, faste møtedeltakere med felles målsetting, kunnskap om hverandres tjenester, felles problemforståelse og ressurser til deltakelse på felles møter (Andersson, 2005, Kaurstad og Bachmann, 2013, Kaurstad, Bachmann, Bremnes og Groven, 2015, Kinge, 2012, NOU 2009:22, 2009, Winsvold, 2011, Wålberg, 2013). Ansattes kunnskap og kompetanse om kommunikasjon og samarbeid er en faktor som ofte er tilsidesatt, men som fortjener et større fokus (Kinge, 2012, Winsvold, 2011). Tydelig ledelse, rutiner for styring og informasjonsutveksling er andre faktorer som fremstår som spesielt viktig for å få til godt samarbeid (NOU 2009:22, 2009). Men samarbeid trenger ikke være unisont positivt. Forskning viser at når mange instanser er inne i en sak risikerer man at ingen tar ansvar, men heller avventer at andre tar tak, noe som kan være til trenering av saker og lang ventetid for pasienter og brukere (Kinge, 2012, NOU 2009:22, 2009). Dette vises også ved at brukerne stort sett er fornøyd med enkelttjenester, men ikke like fornøyd med samordningen av tjenestene (NOU 2009:22, 2009). Allikevel opplever over halvparten av kommunale ledere at samhandlingsbehovet mellom tjenester som arbeider med utsatte barn og unge i høy grad dekkes (Kaurstad, Bachmann, Bremnes og Groven, 2015).

Samarbeids- eller samordningsmodeller er tiltak som skal bidra til å forhindre ansvarsfraskrivelse og bidra til tydeligere rolleavklaring og bedre tjenestetilbud. Utvikling av samordningsmodeller med nyttig og konstruktivt innhold for tjenesteyterne og som gir et bedre tilbud for brukerne er omfattende og tar tid både å utvikle og implementere (Winsvold, 2011). Norvoll og medarbeidere (2006) undersøkte kommunale samarbeidsmodeller i 90 kommuner. De fant at 70 av kommunene hadde en eller flere samordningsmodeller, men at det blant kommunene var svært mange ulike samordningsmodeller og/eller kombinasjoner av slike. Det var også stor variasjon i hvor hovedansvaret for samordningsmodellene var forankret. Nesten samtlige av samordningsmodellene var organisert som et tverrfaglig team, noe som også er vist i en nyere

studie (Kaurstad, Bachmann, Bremnes og Groven, 2015). Barnevern, helsestasjon, PP-tjeneste og skolehelsetjeneste var hyppigst involvert i samordningsmodellene (Norvoll et al, 2006). I to av tre kommuner var samordningsmodellen et samordningstiltak som inngikk i den vanlige tjenestevirksomheten. Andrelinjetjenesten, da i hovedsak BUP, deltok i om lag en tredjedel av samordningsmodellene. Den viktigste faktoren for å få til tverrfaglig samarbeid var formaliserte rutiner for samarbeid og sammensetning av ulike fagtradisjoner som utfylte hverandre (ibid.).

Det er viktig at også barnehagene involveres i samordningsmodellene for tjenester for barn og unge. I en utredning om ny lovgivning i barnehagene, foreslo Øie-utvalget en lovfesting av krav om å utarbeide rutiner for samarbeid og kunnskapsutveksling mellom barnehage, barnevern, helsestasjon, PP-tjeneste og andre instanser som er relevante for å bidra til barnehagens forebyggende og helsefremmende funksjon (NOU 2012:1, 2012). Utvalget foreslo også å overføre retten til spesialpedagogisk hjelp i førskolealder fra opplæringsloven til barnehageloven, for bedre ivaretagelse av rettighetene til barn med nedsatt funksjonsevne og andre barn med særlige behov allerede fra barnehagealder (ibid.).

Målet om å fange opp de utsatte barna så tidlig som mulig, identifisere dem og dele informasjonen med de relevante hjelpeinstansene, gjør gode samarbeidslinjer og kommunikasjonsflyt påkrevd.

### **3.1.2 TIDLIG INNSATS OG FOREBYGGING**

Tidlig innsats skal bidra til å sikre barn og unges levekår og livskvalitet. Forebyggende tiltak kan bidra til å redusere senere tjenestebehov hos utsatte barn og unge.

Tidlig innsats har i følge regjeringens strategidokument «*Fellesskap-trygghet-utjevning*» vært et viktig velferdspolitisk satsningsområde siden 2009 (Departementene, 2009). Barnehage- og skoleansatte avgjør i stor grad hvor tidlig utsatte barn og unge fanges opp, ettersom de møter barn og unge og deres foreldre i hverdagen. De avgjør hva som er akseptabel og uakseptabel atferd og tar avgjørelsen om og når man skal handle, og hvilke veivalg som skal gjøres tidlig i prosessen (Olsen og Jentoft, 2013). Barnehagen ansees som en spesielt viktig arena for tidlig innsats, men ikke uavhengig av andre viktige arenaer som skole, helsestasjon og barnevern (Kaurstad, Bachmann, Bremnes og Groven, 2015). Tidlig innsats i skolen anses som et viktig tiltak i arbeidet med å utvikle en mer inkluderende skole. Allerede i St. Meld. 16 fra 2006-2007 ble skolens «vente og se» holdning ansett som et stort problem, og tidlig innsats ble innført som strategi (St. Meld. 16 (2006-2007), 2007): «*Jo tidligere, mer og bedre det satses på forebyggende tiltak, desto mindre intensivt og omfattende blir det behov for "reparerende" tiltak senere*». Denne satsningen ble fulgt opp videre i Meld. St. 18 fra 2010-11, hvor det sies at den røde tråden for å få til sosial utjevning er «*tidlig innsats og kompetanseutvikling i barnehage og skole*» (Meld. St. 18 (2010-2011), 2011). Forskning konkluderer imidlertid med at Kunnskapsløftet ikke har ført til større vektlegging på tidlig innsats for elever med særskilte behov (Nordahl og Hausstätter, 2009).

Flatø-utvalget kom i sin utredning med forslag til tiltak hvor kommunene gis ansvar for en generell kartlegging i form av en sjekklister av alle barn for tidlig identifisering av barn og familier med risikofaktorer (NOU 2009:22, 2009). Utvalget foreslo at kartleggingen skulle omfatte barnets sosiale, emosjonelle og atferdsmessige utvikling. Formålet var at kartleggingen skulle bidra til å fange opp utsatte barn tidlig, og legge til rette for tidlig innsats. I en undersøkelse blant landets kommuner i 2014 svarte 67 prosent at de i høy grad opplevde at kommunen la til

rette for tidlig innsats for barn og unge gjennom rutiner og prosedyrer for kartlegging av alle barn (Kaurstad, Bachmann, Bremnes og Groven, 2015). Men det største endringsbehovet for å få til tidlig innsats var knyttet til kompetanse, spesielt i barnehage og skole. Både kompetanse på tidlig identifisering og vansker, men også om andre tjenester, oppfølging og tiltak (ibid.).

### **3.1.3 SAMHANDLING OM TIDLIG INNSATS I KOMMUNALE TJENESTER**

Tidlig innsats krever at utsatte barn og unges hjelpebehov oppdages tidlig, slik at tiltak også kan iverksettes tidlig, og man kan forhindre at hjelpebehovet utvikler seg. Utsatte barn og unge har sammensatte utfordringer som kan gjøre avklaringene rundt hvilke tjenester og hvilke virkemidler og tiltak som skal settes inn komplisert. I en nylig publisert rapport om tverretattlig samarbeid rundt tidlig innsats fremstilte man en forenklet oversikt over hvilke tjenesteytere som kan tenkes prioritert inn mot ulike utfordringer; «familiedefekter» til barnevernet, «skoledefekter» til PP-tjeneste og «helsedefekter» til helsevesenet (Olsen og Jentoft, 2013). Dette er en forenklet og generell oversikt, men kan gi en pekepinn på hvem man kan henvende seg når man har bekymring for barn og unge.

NOVA kartla i 2009 hvorfor barnehagene i liten grad melder til barnevernet og hvilke rutiner de har knyttet til melding (Backe-Hansen, 2009). Funnene fra undersøkelsen viste at de aller fleste barnehagene hadde utviklet rutiner for å melde til barnevernet, og disse rutinene var i stor grad skriftliggjort. Men for at rutinene skal være til nytte og fungere, kreves det kompetanse hos styrer eller leder til å håndtere slike spørsmål, det kreves kompetanse til å forholde seg til foreldre på en god måte og det krever en barnevernstjeneste som er tilgjengelig for å diskutere saker anonymt (ibid.). I følge Backe-Hansen (2009) kan mulighet til å diskutere med barneverntjenesten i forkant av melding bidra til å øke barnehagenes treffsikkerhet når det gjelder meldinger. Styrerne signaliserer også i undersøkelsen at barneverntjenesten ikke gir tilbakemeldinger om utfallet av bekymringsmeldinger, slik de etter barnevernloven er pliktig til. Barnehagestyrerne tolker dette som at barneverntjenesten ikke ser på barnehagene som likeverdige samarbeidspartnere, hvilket igjen påvirker samarbeidet negativt (ibid.). Ved siden av bedre samarbeid, mente styrerne at økt kompetanse i barnehagen, først og fremst knyttet til relevant faktakunnskap og kunnskap om framgangsmåter, var viktig for å senke terskelen for å sende bekymringsmeldinger til barnevernet (ibid.). Man kan anta at skolen har lignende erfaringer.

Barnehage og skole har ikke alene ansvar for tidlig innsats og forebygging. Hvorvidt man opplever å lykkes med tidlig innsats er mer avhengig av helheten i tjenestetilbudet enn deler av det (Kaurstad, Bachmann, Bremnes og Groven, 2015). Andre instanser som helsesøster, PP-tjenesten og barnevernet komme inn i barnehage og skole å bidra i forebyggende arbeid, noe som stiller store krav til samhandling og tverrfaglig samarbeid mellom de involverte instansene og barnehage-/skoleansatte (Olsen og Jentoft, 2013). I følge Olsen og Jentoft (2013) opplevde skoleansatte i 2013 et økt fokus på risikoutsatte barn enn tidligere, og to av tre mente at rutinene vedrørende risikoutsatte barn var gode nok. Dette stemmer overens med en nyere undersøkelse hvor åtte av ti kommunale ledere svarte at de i høy grad var fornøyd med kommunens tjeneste til utsatte barn og unge (Kaurstad, Bachmann, Bremnes og Groven, 2015).

Det er ofte ikke utarbeidet formelle rutiner knyttet til bekymring for barn og unge, men mange skoler har innarbeidet praksis basert på lokale løsninger (Olsen og Jentoft, 2013). Derimot har åtte av ti kommuner egne veiledere og prosedyrer for hvordan helsesøstrene skal handle ved ulike bekymringer (Olsen og Jentoft, 2013). Til tross for liten utbredelse av formelle rutiner og

prosedyrer knyttet til tidlig identifisering er det få kommunale ledere som mener det er behov for å endre dette (Kaurstad, Bachmann, Bremnes og Groven, 2015).

Barnehagens og skolens samhandling med andre kommunale instanser er helt sentralt i tidlig innsats og som del av det forebyggende arbeidet mot barn og unge (Departementene, 2009, Kaurstad og Bachmann, 2013, Kaurstad, Bachmann, Bremnes og Groven, 2015). Samhandlingen mellom tjenestene bør omfatte veiledning og oppfølging både på systemnivå, som veiledning i det generelle pedagogiske arbeidet eller kompetansebygging, og arbeid på individnivå, som veiledning i kartlegging, bidrag i oppfangingsfase og veiledning i utforming av tiltak (ibid.). Det er tidligere og nylig vist at det er behov for kompetanseheving om tidlig innsats og forebygging av psykiske lidelser i barnehage og skole (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, Kaurstad, Bachmann, Bremnes og Groven, 2015).

#### **3.1.4 SAMHANDLING MELLOM KOMMUNALE TJENESTER OG SPESIALISTHELSETJENESTEN**

Det er tidligere vist behov for å forbedre både formelle og uformelle rutiner for samarbeid om henvisning, utredning/behandling og tilbakemeldinger mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten (Kaurstad og Bachmann, 2013, Andersson og Norvoll, 2006, Bjørkly og Wicken, 2004). Bedre rutiner for samarbeid kan bidra til bedre henvisninger, som igjen kan redusere henvisningstiden og gi færre unødvendige henvisninger, og gi bedre tilbakemeldinger etter utredning/behandling som vil bedre oppfølgingen, og kvaliteten på denne, for brukeren (Kaurstad og Bachmann, 2013, Andersson og Norvoll, 2006). Spesielt fremkommer mangel på formaliserte retningslinjer, uavklart oppgave- og ansvarsfordeling, samt uavklarte roller i ulike faser av sakene som utfordrende for samhandlingen (Bjørkly og Wicken, 2004, Kaurstad og Bachmann, 2013, Andersson og Norvoll, 2006, Helsetilsynet, 2009, Sitter og Andersson, 2008). I en fersk undersøkelse svarte kun en av fire kommunale ledere at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten om utsatte barn og unge fungerte godt, mens godt over halvparten svarte at det fungerte i varierende grad (Kaurstad, Bachmann, Bremnes og Groven, 2015).

En god dialog mellom kommunale tjenester og kommunale og spesialisthelsetjenester er avgjørende for å avklare rett behandlingsinstans og behandlingsnivå (Cederkvist, 2010). For å få samarbeid hvor man lykkes med å arbeide parallelt, må ansvarsforhold og mandat klargjøres (Cederkvist, 2010).

#### **3.1.5 SAMTIDIGHET I HJELPETILBUDET**

Når utsatte barn og unge henvises til spesialisthelsetjenesten og havner på deres venteliste fører det ofte til at kommunale tjenester trekker seg ut, slik at ingenting skjer i ventetiden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Videre viser det seg at BUP fremstår som en allmenntjeneste som ivaretar barn og unge som i stedet kunne fått et hensiktsmessig tilbud i kommunen (ibid.). For at utsatte barn og unge skal få den hjelpen de behøver, på rett sted til rett tid, er det vesentlig med et godt og systematisk samarbeid mellom instansene som hindrer ansvarsfraskrivelse og ivaretar samtidighet i hjelpetilbudet. Forebygging og tidlig intervensjon er derfor avhengig av tverrsektorielt samarbeid som knytter arenaer der barn og unge er sammen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Fastlege, helsestasjoner og skolehelsetjeneste er viktige aktører for å bedre koordinering og tilgjengelighet av hjelpetilbudene i kommunen (ibid.). Helsestasjon og skolehelsetjenesten er spesielt viktig da barn og unge sjelden forholder seg til fastlegen sin, og disse oppleves lettere tilgjengelige og har lavere terskel enn fastlegen.



For å få til samtidighet i hjelpetilbudet må det være tett dialog mellom alle involverte aktører, og ingen kan fraskrive seg ansvar uten å ha sørget for at noen andre følger opp.

---

## 4 EVALUERINGS FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

---

Evalueringsens formål var gjennom 3 faser å studere utfordringsbildet før prosjektstart, analysere endringsprosessene underveis i prosjektet, samt utfallet og endringen etter prosjektslutt.

### **Problemstillinger fase 1 – før prosjektstart Kvalitet i alle ledd:**

- Hvilke erfaringer, utfordringer og problemstillinger beskriver de ulike instansene i arbeidet med utsatte barn og unge?
- Hvilke likheter og ulikheter i erfaringer, utfordringer og problemstillinger fremstilles av ulike instanser?
- Hva kjennetegner samhandlingen mellom de organisasjoner og de arbeidsfelt som bør endres i prosjektet?
- Hvilke endrings-/forbedringsforslag kan identifiseres?

### **Problemstillinger fase 2 – under prosjektperioden:**

Fase 2 av evalueringen av prosjektet Kvalitet i alle ledd utgjør en formativ evaluering av prosessen med å utvikle nye forløp. Formålet med fase 2 er å evaluere prosjektets utvikling, gjennom å studere hvilke strukturelle og kulturelle særtrekk ved instansene som virker hemmende og fremmende på prosessen, hvilke utfordringer og løsningsalternativer som får gjennomslag i prosessen og hvilken produksjon av kunnskap og handlingsalternativer som skjer gjennom samarbeidet i prosessen.

- Hvordan konkretiseres endringsgrunnlag og endringsforslag?
- Hvordan defineres den ønskede endringens innhold og omfang?
- Hvilke verdier er sentrale i endringsprosessen i gruppene, for eksempel når det gjelder likeverd og samarbeid?
- Hvilke kompetansebehov og møtearenaer fordrer forløpet?
- Hvordan skal forløpet og andre endringer implementeres? Hva forventes å hemme og å fremme implementeringen?
- Hvilke forventninger har prosjektet til forløpets møte med praksisfeltet?

### **Problemstillinger fase 3 – etter prosjektperioden:**

- Hvilke erfaringer har brukerne og de ulike instansene med familiemøtene? Opplever de at familiemøtene fungerer slik de er tiltenkt?
- Hvilke konsekvenser har forløpet for utsatte barn og unge?

- Hvordan har organisasjonene arbeidet for å implementere og gjøre forløpet kjent, i kommunen og i spesialisthelsetjenesten?
- Hvordan har forløpet påvirket samhandlingen mellom instansene og tjenestenivå?

---

## 5 METODE OG DATAINNSAMLING

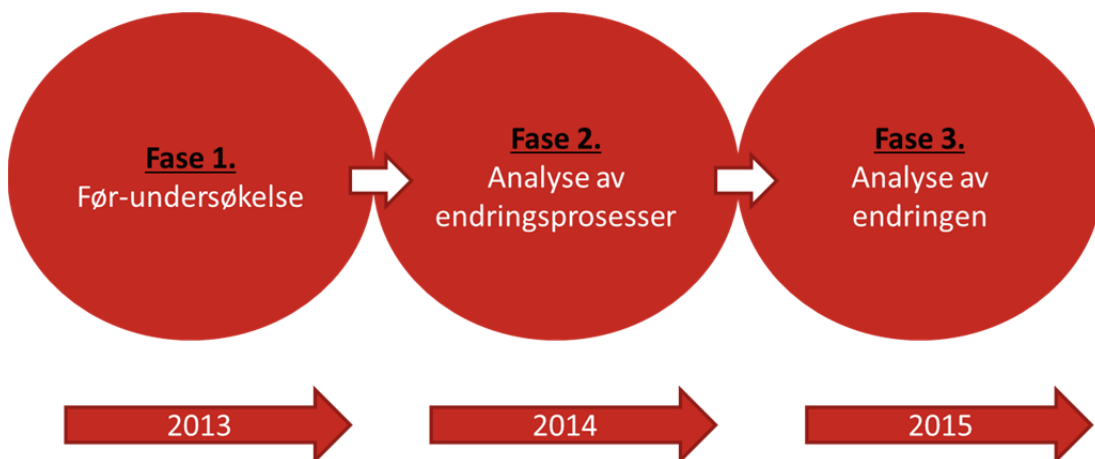
---

Evalueringsprosjektet ble gjennomført i tre faser (figur 1):

- Fase 1 – før-undersøkelse av endringsbehovet blant tjenestene for barn og unge
- Fase 2 – analyse av endringsprosesser under prosjektperioden
- Fase 3 – analyse av endringer og utfallet av prosjektet etter prosjektperioden

Denne rapporten presenterer og sammenfatter resultater fra alle de tre fasene i evalueringsprosjektet.

Det er hovedsakelig valgt en kvalitativ tilnærming til problemstillingene i evalueringen. Målet har vært å få en forståelse av tjenestenes endringsbehov, endringsprosessene som har pågått under prosjektperioden og opplevelsen av endring som følge av prosjektet. Den kvalitative tilnærmingen gjør at vi har fått innsikt i hvordan respondentene opplever endringer og prosjektet forskjellig utfra eget profesjonelt ståsted. Det brede tverrfaglige utvalget av respondenter i evalueringsprosjektet har gitt oss innsyn i de ulike tjenestene og tjenestenivåenes rutiner og arbeidsformer og hvordan prosjektet har påvirket dette.



Figur 1. Flytskjema over fasene i evalueringsprosjektet.

### 5.1 INTERVJU

Vi gjennomførte kvalitative intervju med utgangspunkt i semi-strukturerte intervjuguider. Vi benyttet intervjuguider med relativt stor grad av strukturering fordi dette sikrer sammenlignbart datamateriale når data skal analyseres på tvers av ulike tjenester, profesjoner og tjenestenivå. Intervjuguidene besto av en liste spørsmål om ulike temaer. Tema og spørsmål ble utarbeidet med bakgrunn i problemstillingene evalueringsprosjektet skulle belyse. Sentrale tema har blant annet vært hvordan respondentene opplever og følger opp endringer som er fremkommet i

prosjektprosessen og hvordan eventuelle nye arbeidsmetoder og rutiner følges opp i de ulike tjenestene. Vi har også vært interessert i hvordan samhandlingsforløpet som er utviklet i prosjektet er implementert i tjenestene og på tjenestenivåene, og hvorvidt dette er tatt i bruk i ordinære praksis. Videre har vi undersøkt om de ansatte i tjenestene for barn og unge opplever at de har nok kunnskap om samhandlingsforløpet og de andre tjenestenes rutiner og arbeidsmåter, hvordan de opplever samarbeidet med de andre tjenestene og om de opplever at samhandlingsforløpet bidrar til et bedre tilbud og oppfølging av utsatte barn og unge.

Den semi-strukturerte formen på intervjuene gjorde det mulig å utdype ulike temaer i ulik grad i de ulike intervjuene og å ta opp nye temaer som ble brakt opp av informantene i løpet av intervjuet. Det ble gjennomført både individuelle og gruppeintervju. Fordelen med gruppeintervjuer er at de kan gi effektiv tilgang til flere aktørers synspunkter på et tema. Til forskjell fra individuelle intervjuer får gruppeintervjuer frem informasjon gjennom en dynamisk interaksjonsprosess. Samhandlingen og diskusjonen i gruppen gir ytterligere informasjon om problemstillingene og samspillet i gruppen. Ulempen med gruppeintervjuer er at enkelte informanter kan dominere gruppen og forhindre at andre slipper til med sine synspunkter. Individuelle intervju sikrer at informantene får slippe til med sine synspunkter uten innflytelse fra andre i gruppen. Ved å kombinere både gruppe- og individuelle intervju synes vi at vi har fått et godt innblikk i området. Intervjuene ble tatt opp på digital opptaker og transkribert i etterkant. Datamaterialet ble anonymisert og rådata destruert.

Intervjuanalysene ble gjennomført basert på systematisk tekstkondensering (Malterud, 2012). Intervjuene ble først lest med et åpent sinn for å få oversikt over dataene. Underveis ble fremtredende elementer om temaene i intervjuguiden notert. Deretter ble disse og andre element som omhandlet prosjektets formål og forskningsspørsmål identifisert, organisert og kodet i ulike kategorier og underkategorier. Kategoriene ble gruppert i hovedkategorier, og dataene ble samlet i tematiske sammendrag. Hovedkategoriene reflekterer de sentrale funnene. Under den siste delen av analysene og arbeidet med dataene ble kategoriene reorganisert og diskutert.

### 5.1.1 INTERVJU I FASE 1 – FØR PROSJEKTET

Sekstire sentrale informanter i skole og barnehage, kommunale hjelpeinstanser (PP-tjeneste, helsesøster, barnevern), leger og spesialisthelsetjenesten (BUP, barnehabilitering, pediatri) ble intervjuet, enten individuelt eller i gruppe, av forprosjektleder i november 2011 (tabell 1).

**Tabell 1. Oversikt over informanter og type intervju fase 1.**

Antall gruppeintervju	Antall individuelle intervju	Antall telefonintervju	Antall respondenter totalt
14	15	2	63

Intervjuene hadde som siktemål å kartlegge samhandlingsmønstre og endringsbehovet i tjenestene for barn og unge i de 4 prosjektkommunene og spesialisthelsetjenesten. Intervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i intervjuguider tilpasset informantenes arbeidssted, noe som gjorde det mulig å sammenligne data fra de ulike tjenestene. Spørsmålene i intervjuene omhandlet nå-situasjonen når det gjaldt samarbeidsrutiner og samhandlingsformer mellom de ulike instansene i ulike faser av forløpet; før henvisning, under utredning/behandling og i avslutningsfasen av saker. Videre ble det undersøkt hvilke vansker som henvises, hvem som

henviser og hva som kjennetegner henvisningene. Intervjuene åpnet for at de ulike instansene fikk anledning til å fremme positive sider ved samarbeidet, utfordringer, forslag til forbedringer/endringsbehov og kompetansebehov.

Blant informantene som ble intervjuet var en eller flere representanter fra PP-tjeneste, kommunelege, fastlege, barnevern, NAV, enhetsleder aktivitet/bo-veiledning, psykiatrisk sykepleier, helsesøster, skolehelsetjeneste, helsestasjon, kommunale helse/forebyggende helsetiltak, kommunale tiltak funksjonshemmede, barnehage, barne- og ungdomsskole, spesialpedagog ved en eller flere av prosjektkommunene, samt BUP, barnehabilitering og barneavdelinga i spesialisthelsetjenesten tilknyttet to regionale sykehus.

I tillegg til intervjuene med tjenesteyterne ble en brukerrepresentant forespurt om å skrive en sammenfatning av erfaringer og synspunkter fra foreldre med barn og unge i målgruppen. Sammenfatningen samlet erfaringer foreldre hadde formidlet til brukerrepresentanten via ulike fora, grupper og lignende i Møre og Romsdal.

### 5.1.2 INTERVJU I FASE 2 – UNDER PROSJEKTET

I fase 2 av evalueringsprosjektet ble det gjennomført kvalitative intervju med styrings-, prosjekt- og arbeidsgruppene i prosjektet. Vi brukte en semi-strukturert intervjuguide med spørsmål om tre hovedtema. Temaene var; prosjektprosessen, forløpet «Samordning av hjelpetilbud for barn og unge» og implementeringen av forløpet. Det ble gjort noen endringer i intervjuguiden da det rett i forkant av datainnsamlingen ble klart at de to diagnosebaserte forløpene som var utviklet i prosjektet skulle slås sammen til ett personsentrert samhandlingsforløp. Intervjuene ble gjennomført i perioden januar til april 2014. Det ble gjennomført gruppeintervju med begge arbeidsgruppene og med om lag halve styringsgruppen. Resten av representantene i styringsgruppen og i prosjektgruppen ble intervjuet individuelt per telefon. Tabell 2 gir oversikt over antall informanter og intervjuene.

**Tabell 2. Oversikt over informanter og type intervju fase 2.**

Gruppe	Gruppeintervju	Individuelle intervju	Totalt
Prosjektleder		1	1
Styringsgruppe	4	4	8
Prosjektgruppe		7	7
Arbeidsgruppe			11
• Autismeforløp	6		
• ADHDforløp	5		
<b>Totalt</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>27</b>

### 5.2 OBSERVASJONSDATA

Gjennom observasjon under møter i styrings- og prosjektgruppen i Kvalitet i alle ledd har vi studert tolkningen av prosjektets formål og rammer, slik dette har blitt formidlet og diskutert mellom deltakerne. Deltakelse på møtene har gitt oss innblikk i kommunikasjonen i gruppene og mellom deltakere fra ulike tjenester. Observasjonsdataene er basert på egne notater med refleksjoner fra møtene, møtereferat og dokumenter fra prosjektet. Vi er klar over at observasjon i små grupper kan gi forskningseffekt, og vi har under møtene og analysene vært



I 9 av skjemaene (11 prosent) var kommunetilhørighet ikke oppgitt.

#### **5.4 SPØRRESKJEMA**

I underkant av 6 måneder etter implementering av revidert samhandlingsforløp, kalt «Samordning av hjelpetilbud for barn og unge», ble det gjennomført en elektronisk spørreskjemaundersøkelse. Hensikten med undersøkelsen var å kartlegge om og hvordan samhandlingsforløpet brukes og hvor godt kjent og implementert det er i kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Bruk av forløpet og opplevd nytte ble undersøkt for hver av de tre komponentene; forløpsprosessen, informasjonsboksene og familiemøtet. Undersøkelsen var delt i 6 korte deler (se vedlegg 2). Del 1 omhandlet respondenten og dens arbeidssted. Del 2 inneholdt spørsmål om de ulike komponentene i forløpet, del 3 mer generelle spørsmål om forløpet, mens del 4 inneholdt detaljerte spørsmål om forløpet. I del 5 ble syn på bruk og nytte av forløpet kartlagt, mens i del 6 fikk respondentene anledning til å gi tilbakemeldinger om forløpet i egne ord.

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til ledere og ansatte i PPT, barneverntjenesten, fastleger, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, skoler og barnehager, samt administrativt ansatte i de fire kommunene. I helseforetaket ble ledere og ansatte i BUP og HABU tilknyttet de fire kommunene forespurt om å delta. Spørreskjemaet ble sendt ut til 60 e-postadresser direkte fra Questback, hvorav 22 svarte på skjemaet, og til om lag 280 e-postadresser med lenkedistribusjon innen tjenestene nevnt over. Totalt 103 personer svarte via lenkedistribusjon. I lenkedistribusjon ble mange forespurt om å videresende undersøkelsen til andre i sin tjeneste. Det er derfor uvisst eksakt hvor mange som mottok undersøkelsen og hva den reelle svarprosenten er.

I forkant av undersøkelsen ble det gjennomført en pilotundersøkelse med 12 personer fra styrings- og prosjektgruppen i Kvalitet i alle ledd, ansvarlige kontaktpersoner for implementering og koordinatorene av familiemøtene i kommunene og helseforetaket. Totalt 7 personer besvarte skjemaet og kom med tilbakemeldinger. Spørreskjemaet ble beskrevet som godt forklart og med relevante spørsmål. Det ble lagt til to spørsmål etter piloten.

#### **5.5 ETISKE HENSYN OG METODISKE REFLEKSJONER**

Alle fasene i evalueringsprosjektet er vurdert og godkjent av personvernombudet. Alt datamateriale ble anonymisert etter innsamlingen, og rådata slettet. Evalueringen etterfølger regler og hensyn til konfidensialitet, anonymisering av respondenter og frivillig deltakelse. Etiske betraktninger er ivaretatt ved at alle respondenter har fått muntlig og skriftlig informasjon om evalueringen, betydningen av deres deltakelse, samt prinsippet om frivillig deltakelse og retten til å trekke seg uten begrunnelse.

De fire prosjektkommunene i Kvalitet i alle ledd, Smøla, Averøy, Fræna og Molde, er forskjellige både mht. folketall, befolkningssammensetning, andel barn og unge, samt administrativ organisering. Mens tre av kommunene er relativt små, er den siste en middels stor bykommune med spesialisthelsetjenesten lokalisert i egen kommune. Forskjellen mellom kommunene viser på mange måter mangfoldet blant kommunene i Norge, noe som er verdifullt når det gjelder overføringsverdien av samhandlingsforløpet og familiemøtet til andre kommuner. Samtidig er det viktig å understreke at det ikke er mulig å sammenligne kommune for kommune. Vi har

derfor i denne evalueringen heller konsentrert oss om å se på fellestrekk fremfor særtrekk ved kommunene.

---

## 6 FORPROSJEKTET – FASE 1

---

Gjennom analyse av intervju fra forprosjektet i Kvalitet i alle ledd, har vi undersøkt samhandlingsmønstre, erfaringer og utfordringer med samhandling, samt endringsbehov i tjenestene til barn og unge i prosjektkommunene og spesialisthelsetjenesten.

Vi begynner med å se nærmere på hvilke erfaringer de ulike instansene hadde rundt henvisninger, deretter deres syn på felles tverrfaglige møtearenaer, tilgjengelighet, rutiner og ansvarsfordeling, kunnskap om hverandre, samarbeid mellom instansene og kompetanse både innad i egen tjeneste men også på tvers av tjenestene. Likheter og ulikheter mellom de ulike tjenestenes syn på disse ulike elementene er forsøkt tydeliggjort i kapittelet.

### 6.1 HENVISER OG HENVISNINGÅRSAKER

#### 6.1.1 SYNSPUNKT FRA DE KOMMUNALE TJENESTEYTERE

Hovedårsakene til henvisning av barn og unge var i følge kommunale tjenesteytere atferds-/konsentrasjonsvansker og språk/lærevansker, etterfulgt av ADHD og autisnevansker. Blant andre henvisningsårsaker ble vansker knyttet til medfødt sykdom, funksjonshemminger, psykiske problemer, depresjon/angst, problemer i familie/hjemme, tilknytningsproblemer, diabetes, traumer, seksuelt misbruk og spiseforstyrrelser nevnt. Lege var oftest henviser, etterfulgt av barnevernstjenesten. Helsestasjon og PP-tjeneste ble oppgitt som medhenvisere.

Legene skilte seg noe ut fra de andre kommunale tjenesteyterne ved at de opplevde at flest henvises til spesialisthelsetjenesten for astma og allergiplager.

#### 6.1.2 SYNSPUNKT FRA BUP, BARNEHABILITERING OG BARNEAVDELINGEN

Spesialisthelsetjenesten, representert ved BUP, barneavdeling og barnehabilitering, opplevde at autisme var den mest frekvente vansken som henvises til dem, men også atferdsvansker og konsentrasjonsvansker, ADHD, skolevegring, angst/depresjon, selvskading, rus, psykiatri, utviklingsvansker, språkvansker, sosiale vansker, oppmerksomhets vansker, omsorgssvikt og funksjonshemming ble nevnt. Ansatte ved barneavdelingen oppga intravenøs behandling, nevro, borreliose og diabetes som mest frekvente henvisningsårsaker. I hovedsak var fastlege henviser og PP-tjeneste medhenviser til BUP og barnehabilitering, men barnevernet henviste også iblant og helsestasjon kunne være medhenviser.

- |   |
|---|
| ✓ Atferds-/konsentrasjonsvansker og språk/lærevansker, etterfulgt av ADHD og autisnevansker var mest frekvente henvisningsårsaker |
|---|

- ✓ Lege og barnevern henviste til spesialisthelsetjenesten; PP-tjeneste og helsestasjon bidro som medhenviser

## 6.2 SAMARBEIDET MELLOM TJENESTENE

Samarbeidet mellom tjenestene ble beskrevet som fungerende i varierende grad, og ofte personavhengig. Kommunikasjon mellom tjenestenivåene forgikk stort sett skriftlig med mindre man hadde personlig bekjentskap i tjenesten man skulle kontakte.

*«Kommunikasjonen skjer stort sett i brevform» og «....best samarbeid der man kjenner noen personlig i kommunene». (Barnehabilitering)*

Når samarbeidet fungerte på sak var det fordi de involverte tjenestene var «trygge på hverandre». Godt samarbeid ble bygd på likestilte relasjoner gjennom veiledning og gjensidig kunnskapsutveksling. Dette hadde også ført til at skole/barnehage og helsesøstre hadde fått lavere terskel for å ta kontakt med BUP de siste årene. BUP opplevde at kompetansen deres ble satt pris på i kommunene, og opplevde stort sett samarbeidet med de andre som godt.

*«Engasjerte fagfolk som inviterer til samarbeid.» (BUP)*

Personavhengigheten bidro til å gjøre samarbeidet sårbart, og kunne også være en utfordring dersom personlige uenigheter kom i veien for samarbeidet. Bedre kommunikasjon og økt dialog var ønskelig. I en av prosjektkommunene hadde det vært en konflikt i samarbeidet mellom to tjenester man mente skyldes bemanningssituasjonen. Av våre data fra begge tjenestene får man inntrykk av at konflikten kunne vært unngått eller redusert gjennom dialog.

Samarbeidet med familien var blitt bedre med årene grunnet en normalisering av kontakten dem imellom og en lavere terskel for å ta kontakt med hjelpeinstansene.

- ✓ Samarbeidet var stort sett godt, men ofte personavhengig
- ✓ Gode samarbeid ble beskrevet som likestilte, preget av veiledning og gjensidig kunnskapsutveksling
- ✓ Personavhengigheten i samarbeidet gjør det sårbart, da flere kommunale tjenester har utfordringer med lav stabilitet og kontinuitet blant ansatte

## 6.3 BRUK AV FELLES TVERRFAGLIGE MØTEARENAER

Ved datainnsamlingstidspunktet i 2011, hadde alle prosjektkommunene etablert felles møtearenaer, dog med enkelte organisasjonsmessige forskjeller; Averøy kommune hadde tverrfaglig team som møttes en gang i måneden, Smøla kommune hadde tverrfaglig team som møttes fire ganger i året, Fræna kommune hadde tverrfaglig råd som møttes en gang i måneden



og Molde kommune hadde ressursteam som møttes en gang i måneden. I denne rapporten faller alle inn under begrepet felles tverrfaglige møtearenaer.

Stort sett var man fornøyd med møtene, men det ble påpekt at møtene ikke kunne erstatte samarbeid i saker. Møtene fungerte som en arena både for å drøfte saker anonymt og for å ta opp generelle saker med de andre tjenesteyterne. Gjennom å drøfte saker anonymt, mente spesialisthelsetjenesten at kommunene ble tryggere på henvisningene. På møtene fikk man informasjon om barn og unge som ble fulgt opp av andre tjenester og det ble delt råd om lokale tiltak. Barn og foreldre ble hørt, møtene ivaretok informasjonsbehovet til tjenesteyterne, man kunne få bekreftelse på bekymringer, i tillegg bidro møtene til bedre samarbeid innad i kommunen. Det ble imidlertid etterlyst rutiner for innhenting av informert samtykke før enkeltsaker ble tatt opp i møtene, og det var skepsis mot å ta opp enkeltsaker der alle fikk vite alt om de som var henvist.

Opplevelsen av hvorvidt møtene var nyttige var allikevel noe varierende og syntes å avhenge av om tidsbruken opplevdes fornuftig.

*«Tverrfaglig råd er en god intensjon, men stiller spørsmål ved nytteverdien i en hektisk hverdag. Intensjon? Bruk for PP-tjeneste? Må komme resultat ut av det, i form av action/tiltak» (PP-tjeneste)*

Selv om det ble gitt noen råd på møtene savnet kommunene mer veiledning fra spesialisthelsetjenesten, noe de mente førte til lite konkrete utfall av møtene.

*«Drøftinger løser ikke problemer» og « de som deltar i .....har ikke den nødvendige kompetansen til å vite hva som kan gjøres.» (kommunale tjenester)*

Både BUP og kommunale hjelpeinstanser mente at skole og barnehage burde komme «tettere på» de problemene som ble drøftet på møtene, men at skole/barnehage muligens følte at det var stor avstand mellom dem og de øvrige deltagerne på møtene. BUP mente videre at kommunene burde «eie» møtet i større grad, men at de sannsynligvis opplevde det for krevende å forberede og legge frem saker på møtene.

Under utredning/behandling gir våre data inntrykk av at samarbeidet som ble iverksatt før henvisning faller sammen. Ofte var det helsestasjonen som koordinerte felles møter og var drivkraften i samarbeidet før henvisning, men både helsesøstre og barnevernet trakk seg mer eller mindre ut når BUP var inne i saken.

Samarbeidet i avslutningsfasen var personavhengig. Enkelte ganger ble det gjennomført oppsummerings-/tilbakemeldingsmøte mens det andre ganger kun ble sendt ut epikrise. Sistnevnte ble omtalt som spesielt utfordrende når mange instanser hadde vært inne i saken, mens epikrise fra BUP kun ble sendt henviser og familie. Dette medførte at det ofte oppsto uklarheter rundt oppfølgingen av saker. Samtlige i de kommunale tjenestene etterlyste derfor faste rutiner for oppsummerings-/tilbakemeldingsmøter med BUP. Skolene hadde gradvis oftere blitt kalt inn for å delta på avslutningsmøter i tiden før datainnsamlingen i 2011. Der fikk de råd om hvordan de kunne følge opp saker, noe de opplevde som positivt. BUP var selv enig i at avslutningsfasen var for dårlig koordinert både internt i BUP og mot PP-tjeneste og kommune. De opplevde avslutningsfasen som spesielt problematisk i saker hvor det manglet

familieveileder, var dårlig utbygd og koordinert hjelpeapparat i kommunene, og dårlig koordinert PP-tjeneste.

- ✓ Tverrfaglige møtearenaer må ha et omfang, innhold og en struktur som oppleves som nyttig for møtedeltagerne
- ✓ Alle møtedeltagerne må involvere seg aktivt på møtene, kommunene burde «eie» møtene
- ✓ Det var bedre samarbeid før henvisning enn etter
- ✓ Det var behov for rutiner rundt avslutningsfasen i spesialisthelsetjenesten og for veiledning og hjelp til oppfølging av saker i kommunene

#### 6.4 TILGJENGELIGHET FOR HVERANDRE

Tjenestene opplevdes i stor grad som utilgjengelige for hverandre. Tilgjengelighet ble fremstilt som relativt personavhengig. Det var vanskelig å få tak i tjenestene på telefon da de; «*sitter i møter hele dagen*». Flere tjenester opplevdes som «lukkede system» hvor muligheten for kontakt var «*ikke tilfredsstillende*». Blant annet barnevernet og PP-tjeneste opplevdes som tjenester med «*tette skott*».

Erfaringene var at det måtte være svært alvorlig før man fikk kontakt med BUP. Den oppsøkende virksomheten BUP hadde i kommunene, bidro derimot til å gi nærhet mellom tjenestene. BUP opplevde selv at effektivitetsjaget gjorde det vanskelig for dem å være til stede for de kommunale tjenestene, og de ønsket selv å komme mer ut i kommunene. Barnehabilitering la også vekt på at de forsøte å være mer tilgjengelige enn de opplevdes særlig etter saker ble avsluttet hos dem.

Skole- og barnehageansatte opplevde at de ikke alltid ble hørt eller møtt med sine bekymringer når de ønsket å henvise barn til BUP. De opplevde det som vanskelig når de ikke blir eller inkludert i arbeidet med barnet.

- ✓ Flere av tjenestene oppleves som utilgjengelig for hverandre
- ✓ Kontakten mellom tjenestene delvis personavhengig
- ✓ Drøfting av anonyme saker før henvisning opplevdes som nyttig

## 6.5 RUTINER OG ANSVARFORDDELING

### 6.5.1 HENVISNINGSFASEN

Bedre rutiner for melding og økt fokus på tidligere kontakt med barnevernet villet senket terskelen for å melde saker fra skole og barnehage. Saksbehandlingstiden fra melding ble sendt til omsorgstiltak i barnevernet iverksettes opplevdes som lang, noe som også påvirket henvisningshyppigheten. Videre syntes PP-tjenesten at den lange ventetiden og manglende oppfølging hos barnevernet skapte ødelagte relasjoner mellom skole/barnehage og foreldre i det påfølgende arbeidet. Generelt var det for dårlig samarbeid mellom tjenestene og for ofte uklarerhet rundt «*hvem gjør hva i henvisningsfasen*».

Henvisnings- og meldingsrutiner i kommunene fremheves for å unngå utsettelse og ansvarsfraskrivelse. Erfaringene var noe ulike, men de fleste ga uttrykk for at inneværende rutiner ikke var tilfredsstillende. Oftest gikk saker som oppsto i skole/barnehage først til PP-tjenesten fordi det var tjenesten de fleste kjente til. PP-tjenesten ble tidvis beskrevet som mindre aktivt og mer avvisende til saker enn tidligere. Skole/barnehage opplevde derfor at hjelpen fra dem var mangelfull og at de ønsket å ta direkte kontakt med BUP i stedet.

Det fremkom et sterkt ønske om at PP-tjenesten fikk henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten. Mange mente det var tungvint og tidskrevende at henvisningene må gå via fastlege, og enkelte mente at barn og unge ville blitt henvist tidligere dersom PP-tjenesten fikk henvisningsrett. I tillegg opplevdes en problematisk «vente og se» holdning, manglende kompetanse til å oppdage vansker, underbemanning og lite ressurser som andre årsaker til sene henvisninger.

«Hvorfor kommer ikke henvisningene tidligere, allerede når barnet er i barnehage?» (BUP)

I enkelte tilfeller, som utredning av ADHD, hadde BUP klare forventninger om at PP-tjenesten foretok vurderinger i forkant av henvisning. Dette ble gjennomført i økende grad, og rapporter med vurderingene fra PP-tjenesten ble oftere sendt sammen med henvisning til BUP. Erfaringene i spesialisthelsetjenestene var imidlertid at gode henvisninger var mangelfulle og at kvaliteten var veldig varierende og henvisningene sjeldent godt koordinert. Dette førte til feilprioritering av saker.

«Fungerer best når en sak er forankret i 1. linje, PP-tjeneste og helsesøster, og en kan være med på lavterskeltenkning. Dette er svært personavhengig.» (BUP)

Spesialisthelsetjenestene ønsket fastlegen mer på banen i henvisningsfasen for å bedre henvisningskvaliteten, men også for å iverksette tiltak.

«Lege kan foreta en vurdering og samarbeide med det øvrige hjelpeapparatet for å få i stand tiltak og behandling på et tidlig tidspunkt.» (BUP)

Legene opplevde det som vanskelig å skrive gode henvisninger, da PP-tjenesten ikke alltid deltok på felles tverrfaglige møter eller sendte rapporter fra tester de hadde gjennomført. De og andre mente at en mulig løsning på dette og tilsvarende problematikk rundt rutiner og ansvarsfordeling hadde vært å bruke vurderingssamtaler. En vurderingssamtale bidro ofte til en god start på saken, med en felles plan for felles løp og tiltak i ventetiden. Vurderingssamtalene skapte et tiltaksnettverk i stedet for en tiltakskjede. Vurderingssamtaler ble omtalt i nesten samtlige av intervjuene i forprosjektet. Alle mente de var et viktig verktøy for god samhandling. Et av de største praktiske problemene med å gjennomføre vurderingssamtaler i saker var tidsressurs.

*«Har gode erfaringer med vurderingssamtaler, da en fikk fordelt ansvar mellom foreldre og 1. linje, men dette er for tidkrevende.» (Barnehabilitering)*

- ✓ Bedre rutiner og økt fokus på tidlig kontakt senker skole/barnehages terskel for å melde saker til barnevernet
- ✓ Behov for avklaring om «hvem som gjør hva» i saker
- ✓ Bedre samarbeid før henvisning ville gitt bedre henvisninger
- ✓ Enighet blant instansene om at vurderingssamtaler før henvisning er et godt verktøy for bedre henvisninger, tidligere og samtidig iverksetting av tiltak, ansvarsfordeling og god samhandling

### **6.5.2 UNDER UTREDNING/BEHANDLINGSFASEN**

Jevnlig tilbakemelding og dialog under utredning og behandling var svært viktig for tjenestene, men var noe personavhengig. Derfor ble uformell kontakt og personlig kjennskap viktig for at samarbeidet under utredning/behandling skulle fungere, og at de ulike tjenestene kunne vite og vurdere hvilke tiltak de skulle sette inn og hvordan de kunne bidra til å hjelpe barn på en best mulig måte. Det at saksbehandlere fra PP-tjenesten og BUP talte med ulike tunger gjorde det vanskelig for skolene å vite hvordan de skulle forholde seg i saker.

Kommunale tjenester syntes at BUP for ofte sendte henvisninger i retur, med forespørsel om videre utredning i PP-tjenesten eller fordi det ikke var «*atferd nok eller god nok omsorgssituasjon i hjemmet*» til at de ville ta saken. Generelt opplevde kommunale tjenester at BUP gjorde en grundig jobb med god kvalitet, men ytret allikevel bekymring for at BUP ofte var for rask til å avslutte saker som de mente burde vært fulgt opp lengre.

*«Problematisk at BUP bare gir 3 konsultasjoner, så er det ut igjen og deretter ofte en ny henvisning.» (kommunal tjeneste)*

Det forekom også at BUP avsluttet saker etter utredning, uten at det ble gjennomført noen behandling og uten at det ble gitt veiledning til skole/barnehage. De kommunale tjenestene ønsket å få tilbakemeldinger underveis, slik at de i større grad kunne delta i alle deler av forløpet. Særlig skole/barnehage opplevde det som frustrerende og ikke vite hva som skjedde med barnet underveis. BUP innrømmet selv at det er for lite kontakt med de andre tjenestene under utredning/behandling.

- ✓ Tilbakemeldinger under utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten og barnevernet opplevdes som personavhengig
- ✓ De kommunale tjenestene ønsket bedre samarbeid om oppfølging og tiltak de kunne gjennomføre under utredning/behandlingsperioden
- ✓ BUP gjorde en grundig jobb med saker de tok, men sendte for ofte henvisninger i retur i følge kommunene
- ✓ Det ble gitt for få tilbakemeldinger fra BUP og barnevernet til de andre tjenestene under utredning/behandling
- ✓ Kommunene opplevde at BUP avsluttet saker for tidlig og uten å veilede kommunene om oppfølging

### 6.5.3 AVSLUTNINGSFASEN

Flere kommunale tjenester opplevde at BUP ga dem «kommando» om hva de skulle gjøre etter utredning/behandling uten at de fikk delta i avgjørelsene selv. Et eksempel var hvilke saker PP-tjenesten skulle skrive sakkyndig tilråding i. Tjenestene etterlyste et felles avslutningsmøte for å avklare ansvarsfordeling og videre oppfølging. De sakene som de kommunale tjenestene anså som de beste, var de hvor det var åpen dialog mellom foreldre, skole og BUP hele veien.

Skole og helsesøstre opplevde ofte at de hadde for lite ressurser til oppfølging av barn og unge på egenhånd og ønsket hjelp og veiledning til å løse dette. I saker hvor helsesøster ikke hadde mulighet/ønsket å koordinere oppfølgingen ble fastlegen i gitt oppgaven. Men i tilfeller hvor legene ikke fikk deltatt på møter, opplevde de at de ikke fikk bidratt til å drøfte hvilken rolle de skulle ha i oppfølgingen.

Barnehabilitering har forsøkt å imøtekomme utfordringene i avslutningsfasen ved å lage plan for oppfølging etter utredning/behandling som både viser deres oppfølging (målrettet, tidsavgrenset og planmessig), men som også hva som forventes fra kommunalt hold i samarbeidet. Barnehabilitering informerte foreldrene om retten til individuell plan og initierte dette arbeidet overfor kommunen i aktuelle saker. Dersom kommunene ønsket det bidro de til utarbeiding av individuell plan og ga veiledning til koordinator for å gjøre ansvarsfordelingen tydeligst mulig.

*«Vi etterstreber å være tydelig på vår rolle i oppfølging både internt og eksternt slik at vi selv vet, foreldre og samarbeidspartnere vet, hva de kan regne med av hjelp og tjenester fra oss.» (Barnehabilitering)*

- ✓ Behov for felles avslutningsmøte når saker avsluttes i spesialisthelsetjenesten om ansvarsfordeling og tiltak i oppfølgingen
- ✓ Barnehabilitering hadde laget oppfølgingsplan før avslutning av saker som både viste deres og kommunenes oppfølging

## 6.6 KUNNSKAP OM HVERANDRE

Mangel på tilstrekkelig kunnskap om hverandres tjenester hadde ført til en rekke utfordringer. I tillegg hadde taushetsplikten vært utfordrende for eksempel når barnevernet er inne med tiltak uten at skole/barnehage hadde kjennskap til det.

Hyppigst og størst frustrasjon oppsto når forventninger til hverandres kompetanse, prioriteringer og tjenesteområder ikke ble møtt av den andre parten. Eksempelvis kunne tjenestene ha ulik opplevelse av hvilke vansker som burde prioriteres og hvilke tiltak andre tjenester kunne iverksette. Det skapte blant annet stor frustrasjon når BUP i epikriser og oppsummerings-/tilbakemeldingsmøter med foreldrene forespeilte oppfølging og tiltak hos skole/barnehage, PP-tjeneste eller andre som de ikke hadde ressurser, kompetanse eller mulighet til å realisere. Disse forslagene til oppfølging og tiltak ble fremmet av BUP uten at de var diskutert på forhånd, noe som skapte urealistiske forventninger til tjenestene.

*«BUP bør ikke forespeile foreldrene tiltak kommunen ikke kan gi» og «Uheldig, da de (familien) kanskje er motivert for andre tiltak.»*

For å bedre dette mente respondentene tidlig kartlegging og avklaring av ansvar og kompetanse i miljøet rundt barn var viktig. På denne måten kunne det etableres samarbeid hvor fagmiljøene møttes for gjensidig orientering og avklaring i sakene, og for å finne løsninger for å løse dem i fellesskap. Familien ser ofte på tiltakene som foreslås av BUP som en rettighet, og flere av tjenestene hadde opplevd at oppfølgingen og tiltakene BUP foreslo i epikrisene ble en hemske for deres videre samarbeid med familiene. Epikrisene som kom uten dialog i forkant skapte større avstand mellom tjenestene, og var en følge av mangelfullt samarbeid og for dårlig informasjon og kunnskap om hverandre. Det var i tillegg i varierende grad behov for avklaring av ansvarsområdene til de ulike tjenestene i kommunene.

- ✓ Det var behov for mer kunnskap om hverandres tjenester og avklaring av tjenesteområder og prioriteringer

- ✓ BUP har foreslått oppfølging og tiltak fra kommunale tjenester til familier uten at dette er avklart med tjenestene på forhånd – dette har skapt stor frustrasjon både hos tjenestene som ikke kan levere det som forventes av dem, og hos familiene som ikke får det de er forespeilet
- ✓ Uavklarte forventninger og krav til hverandre skaper større avstand

## 6.7 KOMPETANSE

Det var størst behov for kompetanseheving og tverrfaglig kompetanse i skole og barnehage, men også i de andre kommunale tjenestene. Mangel på kompetanse i kommunale tjenester gjorde det tidvis vanskelig for spesialisthelsetjenesten å trekke seg ut av saker. I saker hvor det var manglende kompetanse på oppfølging og tiltak i kommunen var spesialisthelsetjenestene lengre inne enn de ønsket. Dette gjaldt spesielt barnehagen.

I barnehagene, også til dels i skolen, opplevde faglærte at det var arbeidsomt og krevende å arbeide sammen med få utdannede personer. De fortalte også at det var liten forståelse og anerkjennelse for faglig kompetanse på arbeidsplassen deres på undersøkelsestidspunktet i 2011. Ofte var det de yngste ansatte som hadde mest kompetanse, og disse var redd for å si fra til de eldre med lengre erfaring enn dem selv. Dette kunne føre til at de ba BUP og PP-tjenesten om hjelp oftere enn nødvendig. At BUP og PP-tjenesten kom ut til barnehage og skole for å foreta observasjoner, gi råd og veiledning bidro til å øke kompetansen blant de ansatte. Få faglært gjorde det vanskelig å få alle til å ta til seg denne kunnskapen.

*«... vanskelig å nyttiggjøre seg kompetansen fra PP-tjenesten, BUP og barnehabilitering på en effektiv måte.»*

Flere pekte på at tverrfaglig kompetanse i skole og barnehage kunne bidratt til å gi barn og unge riktigere hjelp på ett tidligere tidspunkt.

- ✓ Det var størst behov for kompetanseheving i de kommunale tjenestene, særlig i skole og barnehage
- ✓ Faglærte i skole og barnehage opplevde lite anerkjennelse for fag kompetanse blant eldre ufaglærte kollegaer
- ✓ Utadrettet virksomhet fra BUP og PP-tjeneste i skole og barnehage bidro til kompetanseheving

## 6.8 ENDRINGSBEHOV OG LØSNINGSFORSLAG

Forprosjektet ble gjennomført for å undersøke endringsbehovene samhandlingen om tjenestene til barn og unge, og for å gi ansatte og brukere mulighet til å påvirke retningen i hovedprosjektet

Kvalitet i alle ledd. Respondentene ble derfor spurt under datainnsamlingen i 2011 hva som var endringsbehovet i arbeidet og samhandlingen om utsatte barn og unge. I dette avsnittet tar vi for oss de mest sentrale funnene.

### **6.8.1 FELLES MØTEARENAER OG VURDERINGSSAMTALER**

Felles tverrfaglige møtearenaer ble frontet som et nøkkelelement for samhandling mellom tjenester og tjenestenivå. Alle prosjektkommunene hadde dette i en eller annen form allerede under forprosjektet, men det kunne bli for lenge mellom møtene og møteformen var ikke alltid like god. Det var med andre ord behov for å ta noen grep for å få møtene til å fungere bedre. En målrettet og systematisk felles satsning mot utsatte barn og unge ble foreslått som et samlende grep. Samordning mellom tjenestene i tverrfaglige møter kunne både legges til grunn for satsningen, og styrkes av en slik satsning.

Samtlige av respondentene som ble intervjuet i forprosjektet foreslo vurderingssamtaler i forkant av henvisning som et tiltak for å bedre samarbeidet om barn og unge. Det var flere argumenter for å bruke vurderingssamtaler. Blant annet ble det lagt vekt på at det ville være hensiktsmessig å diskutere diffuse vansker før henvisning. Videre ville vurderingssamtaler «*gitt bedre tid*» ettersom man kunne satt inn tiltak i ventetiden. Tjenestene opplevde at vurderingssamtalen var viktig for foreldrene, og man unngikk at foreldrene fikk urealistiske forventninger til hvilke oppfølging og tiltak som kunne iverksettes. Respondentene mente at vurderingssamtalene hindret konflikter mellom de som skulle samarbeide om barnet (og foreldrene) og la til rette for å fordele ansvar mellom tjenester, tjenestenivå og med foreldre. Den ideelle situasjonen ble beskrevet med felles møter både før, underveis og etter utredning/behandling. Slik ønsket man å sørge for at foreldrene og de andre tjenestene ble mer involvert i prosessen og i utviklingen av tilbud og oppfølging for barnet. Tjenesteyterne så imidlertid behov for å bevare noen felles fagmøter utenom vurderingssamtalene, for diskusjoner mellom fagfolk.

For foreldre og pårørende ble pårørendegrupper trukket frem som et godt eksempel på en møtearena hvor foreldre med barn med tilsvarende diagnose eller funksjonshemninger kunne møtes for å dele erfaringer.

### **6.8.2 KOMMUNIKASJON**

Det var behov for å bedre samarbeidet underveis i hele forløpet med barn og unge, noe man mente i stor grad var avhengig av bedre kommunikasjon. Dårlig og/eller manglende kommunikasjon mellom tjenestene hadde tidligere ført til misforståelser, feilprioriteringer og urealistiske forventninger til hverandre. Dette kunne gå på bekostning av brukeren og skape frustrasjon i samarbeidet.

Trygghet mellom tjenestene ville gjøre det lettere å ta kontakt med hverandre, både på telefon og e-post. Dette gjaldt begge veier mellom tjenestenivåene. Et forslag for å bedre kommunikasjonen var at skolene og barnehagene fikk oppnevnt en fast kontaktperson i BUP og PP-tjenesten, en person de kunne bli kjent med og fortrolig med å kontakte. Et annet alternativ var å opprette en kontaktliste med telefonnummer og e-postadresser for hvor man kunne ta kontakt ved bekymring. De ansatte var opptatt av at bedre kommunikasjon ville gi bedre henvisningskvalitet, mulighet for å sette inn tiltak i ventetiden og sørge for at flere tjenester



arbeidet parallelt i saker. Bedre kommunikasjon mellom foreldre og fagpersoner vil bedre/trygge foreldrenes relasjoner til tjenesteyterne og bidra til bedre og mer målrettede tiltak for barnet.

### **6.8.3 ROLLEAVKLARING**

Det var generelt behov for tydeligere rolleavklaring og avklaring av forventninger mellom alle tjenestene for å utnytte felles ressurser og kompetanse i alle ledd i forløpet. «*Hvem gjør hva, når?*» må avklares på forhånd eller på et tidligst mulig tidspunkt i sakene. Tydelig rollefordeling er også viktig for foreldre og foresatte, slik at de lettere kan vite hvem de skal forholde seg til og hvordan saken følges opp.

Skole og barnehageansatte ønsket avklaring av hvilke saker som skal henvises til BUP og til PP-tjenesten, det måtte bli tydeligere for dem hvem de skulle forholde seg til ved bekymring. Avklaring mellom BUP og PP-tjenestens ansvarsområder forutsatte en forbedring av samarbeidet dem imellom under hele forløpet. PP-tjenesten ønsket selv å involveres i større grad underveis i arbeidet med saker, og savnet rutiner for tilbakemeldinger og fordeling av ansvar, spesielt i avslutningsfasen. Barnehabilitering mente selv at deres forskrift var for generell og diffus, og at det var en vag grense mellom deres og PP-tjenestens ansvarsområde. Dette skapte en vanskelig grensegang mellom ansvar og myndighet, og de opplevde det som problematisk å få forankret vedvarende saker i det kommunale hjelpeapparatet.

De kommunale tjenestene opplevde ikke samarbeidet med spesialisthelsetjenestene som likeverdig. Det var behov for å kunne møtes på halvveien i saker og generelt samarbeid og sørge for gjensidig informasjon mellom tjenestene. De mente at klare retningslinjer og avtaler må ha fokus på oppgave, ikke profesjon. Dette ville ført til at samarbeidet ble mindre personavhengig, og dermed mindre sårbart ved ustabilitet og mangel på kontinuitet i stillinger.

### **6.8.4 KOMPETANSEHEVING**

Felles kompetanseheving gjør at tjenestene får samme informasjon og kunnskap, samtidig som det fungerer som en felles møtearena hvor tjenestene har anledning til å bli bedre kjent med hverandre og skape et tettere samarbeid dem imellom. Respondentene i forprosjektet ønsket på bakgrunn av dette at både kommunens tjenester og spesialisthelsetjenesten deltok på samme kurs. Kursdagene kunne for eksempel gjennomføres på interkommunale samlinger hvor man tok opp aktuelle tema som ulike diagnoser, vansker, hvordan takle utfordrende atferd og hva man skal se etter ved omsorgssvikt. Et annet forslag var å bruke de felles tverrfaglige møtearenaene som allerede var etablert til kompetanseutvikling.

Det er i kommunen barn og unge bor og lever, og det var spesielt behov for kompetanseheving i tjenestene der. Gjennom kompetanseheving hadde de kommunale tjenestene potensiale til å bli bedre rustet til å ta i mot veiledning og benytte seg av kompetansen i spesialisthelsetjenesten. Enkelte hadde inntrykk av at fagpersoner i kommunene var usikre på egen kompetanse og derfor redd for å bli «sett i korta» av andre. Slikt sett kunne fagpersoner i kommunene med fordel blitt tryggere på eget fagområde og kompetanse.

Kompetanseheving i barnehage var et tilbakevendende tema i intervjuene. Skole og PP-tjenesten mente kompetanseheving i barnehagene ville føre til at flere barn henvises tidligere, at barnehagene selv gjør mer og kan gi bedre oppfølging. Av konkrete kompetansebehov i barnehagene fremkom flere spesialpedagoger, mer tverrfaglig kompetanse og solid språk-skolering av alle ansatte. Et annet forslag for å øke kompetansen i barnehagene var at BUP sto

lengre i saker, slik at barnehageansatte kunne trekke veksler på spesialistkompetansen over lengre tid. Dette kunne også bidra til å unngå at barn og unge blir sendt inn og ut av systemet flere ganger. Både skole- og barnehageansatte ønsket at BUP kom oftere ut til dem for observasjon, veiledning og rådgivning. Mer kunnskap om BUP og deres arbeidsfelt, samt veiledning opplevdes som gunstig for å endre holdninger der hvor samarbeidsforholdene var komplisert.

Ved undersøkelsestidspunktet i 2011 var barneavdelingen allerede i gang med tiltak for kompetanseheving i kommunene. Tiltakene omfattet retningslinjer for henvisninger til barneavdelingen og informasjon om ulike vansketilstander. I tillegg hadde de utviklet en toårsplan for kontakt og kompetanseheving med helsesøstrene knyttet til ulike tema.

#### **6.8.5 EGEN HENVISNINGSRETT TIL PP-TJENESTEN**

Samtlige av tjenestene ønsket at PP-tjenesten fikk henvisningsrett. Respondentene mente det ville heve kvaliteten på henvisningene, redusere tidsbruk ved henvisninger og gi raskere behandling av saker ettersom PP-tjenesten ofte kjenner bedre til saken enn legen som henviser. Brukernes erfaringer pekte i retning av at henvisningsrett til PP-tjenesten kunne gjort at flere barn ble fanget opp tidligere.

#### **6.8.6 RESSURSBEHOV**

Det mangler tilstrekkelige ressurser i kommunene til oppfølging og tiltak for barn og unge både under og etter utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten. Helsesøstre ble ofte brukt som koordinator i kommunene og de ønsket selv å ta mer del i oppfølging av barn og unge, men hadde ikke ressurser til det. Helsesøster sitter også i en unik posisjon for tidlig innsats og forebyggende arbeid ettersom det ofte er lavere terskel for barn og unge å kontakte helsesøster med bekymringer knyttet til egen eller andres helse enn andre hjelpeinstanser.

Helsestasjonen i enkelte av prosjektkommunene hadde ved undersøkelsestidspunktet i 2011 en liten ressurs til psykolog for ungdom, men ingen psykologressurs til barn. Det ble foreslått at en større andel ressurser i kommunen bør øremerkes psykisk helse for barn og unge, og der det ikke allerede finnes, bør det ansettes kommunepsykolog. Det var også behov for et koordinerende ledd, enten en familieveileder, helsesøster, PP-tjenesten eller kommunelege som kan, og har tid til, å følge opp barn og unge under og etter avslutningsfasen i spesialisthelsetjenesten. BUP ønsket økte ressurser til mer veiledning/opplæring der barn er, i kommunen.

- ✓ Felles møtearenaer og vurderingssamtaler avgjørende for godt samarbeid, særlig før henvisning og etter utredning/behandling
- ✓ Bedre kommunikasjon er nødvendig! Mellom tjenestenivå, tjenesteyterne og mellom tjenesteyterne og foreldre/foresatte
- ✓ Generelt behov for tydeligere rolleavklaring og avklarte forventninger i saker, og mer ressurser til oppfølging og tiltak i kommunene

## 6.9 BRUKERNES ERFARINGER MED TJENESTENE TIL BARN OG UNGE

Brukerrepresentanten i prosjektet Kvalitet i alle ledd ble forespurt om å skrive en sammenfatning av brukererfaringer fra egen familie og andre familier som har hatt behov for hjelp fra kommunale og spesialisthelsetjenester for barn og unge. I dette avsnittet presenteres hovedmomentene som kom frem i blant tilbakemeldingene.

### 6.9.1 KOMMUNIKASJON MELLOM BRUKERE OG FAGPERSONER

Brukerne la vekt på at gode relasjoner og trygghet skaper en åpenhet fra foreldrene som bidrar til å gi fagpersoner et bedre og mer riktig utgangspunkt for arbeidet i saker. For å få til slik åpenhet kan arena, struktur og rammer være virkemiddel for å skape gode relasjoner og trygghet. Det å få aksept for brukerkunnskapen og møte forståelse for følelsene i situasjonen man står i, opplevdes som styrkende for samarbeidet. Bedre kommunikasjon mellom partene kunne bidratt til mer målrettede og virkningsfulle tiltak. Mange foreldre opplevde at de får for lite informasjon om deres og barnets rettigheter.

*«Mange synes det er lite og vilkårlig informasjon om mulige rettigheter som kunne avhjelpe en tøff hverdag.»*

Foreldrene ønsket opplæring og kunnskap som kan gi dem forståelse av hvordan barnets diagnose kan knyttes opp mot barnets funksjon. Det var viktig for dem at eventuelle kurs og lignende gjennomføres på en slik måte at det var praktisk mulig for dem å delta (i forhold til arbeidssituasjon, reisetid, barnepass osv.). Foreldrene var også opptatt av at barnet skulle få opplæring og informasjon om egen diagnose, og at dette startes fra tidlig alder og jevnlig følges opp. I tillegg til kurs og veiledning opplevde foreldre og barna at det var nyttig og styrkende å møte andre familier i en lignende situasjon. Foreldrene ønsket at fagpersoner kunne bidra med å informere familie og nærmeste slekt om diagnose og vansker, og gi dem kunnskap om hvordan de kan bidra til at barnet styrkes mest mulig.

### 6.9.2 FAMILIEN OG HVERDAGEN

Selv om en sak ofte opprettes på grunn av utfordringer eller vansker hos ett av flere søsken var foreldre opptatt av at de involverte instansene burde ha et helhetlig perspektiv på familien. De ønsket forståelse for familiens hverdag og familiemedlemmenes behov, med større fokus på fritid/ferie, storfamilien og nærmiljøet. Brukerrepresentanten opplevde en positiv utvikling på denne fronten, med økende fokus på familieperspektivet.

*«Viktig at alt har et utgangspunkt i familiens verdier og mål. Ha respekt for brukerkunnskapen, verdsett det som familien mestrer og ha respekt for den situasjonen de står i.»*

Fritidsaktiviteter var derimot en arena som ble tillagt altfor lite betydning, og slik deltagelse var for mange av barna en saga blott. Brukerrepresentanten mente det burde være naturlig for PP-tjenesten og BUP å ta ansvar i forhold til denne arenaen, med tanke på hvor viktig den er for utvikling, sosialisering og mestring. Overganger mellom barnehage og skole, til ungdomsskole, videregående skole og deretter over i voksenlivet, var en av de store utfordringene for familiene.

Her trengte familiene støtte i form av forutsigbarhet og til å skape gjenkjennbare linjer for å lette overgangene mest mulig.

Foreldrenes arbeidssituasjon blir ofte utfordret i situasjoner hvor familier har behov for hjelp utenfra. Brukerrepresentanten la vekt på foreldrenes bekymringer knyttet til fravær fra arbeid på grunn av møter, oppfølging av barnet, samt en belastende hjemmesituasjon. Dette kunne gi negative følger i arbeidslivet hvor foreldre kunne miste arbeidsoppgaver, «*frivillig reduksjon*» av stilling og/eller redusert arbeidskapasitet. Ved å sørge for en fungerende arbeidssituasjon for foreldrene kunne denne heller oppleves som et pusterom og en kjærkommen arena for «*normalitet*».

### 6.9.3 FORELDRENS MØTE MED INSTANSENE

En gjenganger i foreldrenes møte med tjenestene var at hjelpeapparatet opplevdes som en byråkratisk jungel som tappet dem for krefter i forsøk på å orientere seg og forholde seg til de mange tjenesteyterne.

*«Kan en god samarbeidsplattform, rolleavklaring og struktur føre til at familiens møte med instansene vil oppleves som mer oversiktlig og avlastende?»*

En fungerende koordinator eller en annen fagperson i systemet som har oversikt over familiens situasjon ville bidratt til at foreldre opplevde tjenestene mer helhetlige enn når de må løpe mellom kontorene selv. Dette ville også gjort at foreldrene slapp å fortelle om problemene gjentatte ganger.

*«Belastningen med og stadig måtte legge ut om barnet og familielivet oppleves som vond, og tar mye tid og krefter.»*

Brukerrepresentanten fortalte at mange foreldre i saker har vært i kontakt med PP-tjenesten tidligere om barnet sitt, kanskje allerede fra barnehagealder. Det oppleves derfor som naturlig for dem å forholde seg til en tjeneste de «*allerede har vært innom*» selv om dette kanskje ikke er den rette å kontakte når de ønsker mer hjelp eller henvisning. Mange foreldre opplevde at fastlegen ikke satt med god nok kunnskap, og at legetimene ble for korte. Gjennom å kontakte PP-tjenesten fikk foreldrene bedre hjelp til å sortere symptomer og problematikk enn de gjorde hos fastlegen.

### 6.9.4 BRUKERNES SYNSPUNKTER PÅ UTREDNING OG BEHANDLINGSFASEN

For familiene var utredningen en tidkrevende prosess, og det var viktig for dem med tiltak, oppfølging og veiledning i denne perioden. Gjennom å sette inn tiltak i utredningsperioden kunne man forebygget eventuelle tilleggsvisninger knyttet til familierelasjoner, barnets selvbilde, utvikling og sosiale ståsted. Det var viktig for dem å ivareta samarbeidet mellom skole og hjem i denne perioden, ettersom familiene ofte er under stor belastning allerede.

*«Foreldre kan ha strukket seg langt før de ber om utredning (...). Det å stå rakrygget å legge ut om det problematiske barnet, at en ikke strekker til som foreldre, kan ta tid å manne seg opp til.»*

Brukerrepresentanten fortalte at foreldre fortviler over PP-tjenesten og BUP i saker hvor samarbeidet mellom skole og hjem ikke fungerer og/eller barnet har store vansker. Foreldrene opplevde det som om rolleavklaring, ansvarsområder og samarbeidet mellom tjenestene ikke alltid fungerte til brukernes beste. Flere opplevde for eksempel at en eller flere tjenester «*sitter på gjerdet*», er lite konkret og vegrer seg for å ta tak i situasjonen.

- ✓ Viktig å vektlegge gode relasjoner og trygghet mellom tjenestene og familiene
- ✓ Foreldrene hadde behov for kunnskap og informasjon om for eksempel diagnose, oppfølging og rettigheter
- ✓ Mer fokus på familien som en helhet, på inkludering i fritidsaktiviteter og på overganger
- ✓ Tilrettelegge kurs, møter og oppfølging til foreldrenes arbeidssituasjon
- ✓ Familiene trenger en koordinator eller annen fagperson som kan "lose" dem gjennom det som oppleves som en byråkratisk jungel
- ✓ Bedre samarbeid til brukernes beste bør i større grad vektlegge rolleavklaring og ansvarsfordeling mellom tjenestene

## 6.10 TJENESTENES SYNSPUNKTER

En del synspunkter ble ofte gjentatt i intervjuene. I dette kapittelet er disse samlet som generelle synspunkt fra hver av tjenestene.

### 6.10.1 BARNEHAGE OG SKOLE

Skole- og barnehageansatte mente at reaksjonstiden etter henvisning burde kortes ned, og at BUP burde stå lengre i saker. De opplevde at BUP hadde urealistiske forventninger til dem, og at både BUP og PP-tjenesten foreskrev tiltak og oppfølging uten at dette var drøftet på forhånd. Skoleansatte fortalte om en profesjonskamp mellom PP-tjenesten og BUP hvor det var behov for bedre dialog og avklaring mellom partene. Både skole og barnehage etterlyste tilbakemeldinger fra BUP, barnevernet og barnehabilitering under utredning/behandling for å kunne følge opp barn og unge kontinuerlig.

Generelt var synet til skole- og barnehageansatte at det var kompetente folk med tverrfaglig kompetanse i samtlige av de andre tjenestene som de ønsket seg et tettere samarbeid med.

### **6.10.2 PP-TJENESTEN**

PP-tjenesten opplevde at BUP har dyktige fagfolk og at de leverte gode rapporter. Derimot var det tydelig at det var mangler ved samarbeidet mellom de to. PP-tjenesten følte seg tidvis overkjørt i situasjoner hvor BUP lovet foreldre oppfølging som PP-tjenesten ikke var informert om eller hadde mulighet til å realisere. Ved å bruke vurderingssamtale før henvisning og avslutningssamtale/møte etter behandling kunne slike situasjoner unngås.

Bedre informasjonsutvekslingsrutiner og økt kunnskap om hverandre, mellom alle tjenestene for barn og unge, mente de ville bidratt til bedre og mer koordinerte utrednings- og behandlingslinjer.

### **6.10.3 FASTLEGE OG KOMMUNELEGE**

Fastlegene mente at det var god kvalitet på spesialisthelsetjenestene, men at de kom sent i gang. De så behov for bedre samarbeid mellom BUP og PP-tjenesten spesielt, men det samme gjaldt også skole, helsetjenestene generelt og barnevernet. Gjennom samarbeid mellom tjenestene kunne man avklart hvem innsatsen skulle rettes mot, helsetjenestene, skole eller barnehage, slik at man kunne komme tidligere inn, særlig mot risikofamilier.

Fastlegene ønsket å delta på både felles tverrfaglige møter og møter i enkeltsaker, men det var vanskelig for dem å komme på møter dersom de ikke ble innkalt minimum 4 uker i forkant. Møtene må derfor planlegges så tidlig som mulig for at legene skal ha mulighet til å delta.

### **6.10.4 ANDRE KOMMUNALE TJENESTER (BARNEVERN, HELSESØSTER, SKOLEHELSETJENESTE O.L.)**

De kommunale tjenestene fortalte at det var god kompetanse hos BUP, PP-tjenesten, barnehabilitering og pediatri i regionen, og kurs som var gjennomført for dem var nyttige. Men at det var endel utfordringer knyttet til mangelfullt samarbeid; BUP-PP-tjeneste-skole mellom helsestasjon-BUP-lege. Samarbeidet i fasen før henvisning fungerte stort sett greit, men kunne bli bedre under utredning/behandling og i avslutningsfasen. Generelt mente de fleste at det ble gitt for lite tilbakemeldinger fra BUP.

Internt blant de kommunale tjenestene var det vanskelig å få tak i hverandre. Hva som ble gjort av de ulike tjenestene og hvilken oppfølging de ga, ble beskrevet som personavhengig. Med mye utskifting i stillingene førte det til manglende stabilitet. De mente derfor at det var viktig å ha felles mål; med hovedfokus på helhet, nettverk og muligheter i tjenestene til barn og unge.

### **6.10.5 SPESIALISTHELSETJENESTEN (BUP I TO REGIONER, BARNEHABILITERING OG BARNEAVDELINGA)**

Spesialisthelsetjenestene pekte på manglende system i kommunene. I følge dem var det personavhengig hvorvidt ting fungerte. Dette medførte lite kontinuitet i kompetansen når det var utskiftninger i stillingene. Spesielt var dette en utfordring i de mindre kommunene. For å løse dette burde det legges en plan for kompetanseoverføring gjennom opplæring av nye fagpersoner, samt utvikling av system med rutiner og prosedyrer for arbeidet i tjenestene.

Spesialisthelsetjenesten opplevde at helsesøstre ofte var presset på tid og at de derfor ikke i tilstrekkelig grad kunne følge opp barn og unge med psykiske lidelser. Både helsesøstre og andre tjenester manglet rammer til å følge opp det spesialisthelsetjenesten opplevde som viktig.

#### **6.10.6 BRUKERNES ERFARINGER**

Gode samarbeidslinjer med og mellom de ulike tjenestene lettet foreldrenes hverdag. Familier som hadde fått bistand av en koordinerende fagperson mente at det gjorde tjenestene mer oversiktlige og nyttige for dem. Videre var gode arenaer for kurs og utveksling av erfaringer viktige for mange. Foreldrene ønsket at barna fikk en mer systematisk veiledning og opplæring for mestring av egen diagnose, som ble startet tidlig og følget opp jevnlig over tid.

Mange foreldre opplevde at arbeidssituasjonen var ekstra utfordrende i belastede perioder, og dette burde kartlegges av tjenestene for å bevare en god arbeidssituasjon for foreldrene. Ferie og mulighet for deltagelse på fritidsaktiviteter burde i langt større grad vektlegges, og likestilles med tiltak rettet mot skole og hjem.

Intervjuene i forprosjektet bekreftet behovet for utvikling av samhandlingsmodeller og retningslinjer for samarbeid mellom tjenestene for barn og unge i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Resultatene fra fase 1 – forprosjektet ble lagt til grunn for planlegging og utviklingen av hovedprosjektet Kvalitet i alle ledd.

---

## **7 PROSJEKTPROSESSER OG UTVIKLINGSARBEID – FASE 2**

---

Fase 2 er en formativ evaluering av prosjektprosessene i Kvalitet i alle ledd. Prosjektets fremdrift og utvikling ble evaluert og deltakernes erfaringer med prosjektarbeidet undersøkt. Her presenteres både individuelle intervju og gruppeintervju sammen med observasjonsdata og dokumentanalyser.

### **7.1 PROSJEKTETS ORGANISERING**

Kvalitet i alle ledd ble opprettet som et samarbeidsprosjekt mellom ett helseforetak og fire kommuner. Prosjektet ble organisert med prosjektleder, styringsgruppe, prosjektgruppe og to arbeidsgrupper. Helseforetaket initierte prosjektet og holdt prosjektleder og styreleder. Enkelte informanter fortalte at dette hadde preget prosjektet, men de fleste mente det hadde vært en styrke.

*«..en styrke at prosjektet er forankret i helseforetaket for det har mer gjennomslagskraft inn i vår kommune enn om vi selv skal ta opp dette her.»*

Under sammensetning av gruppene i prosjektet ble det sørget for god forankring fra alle tjenestene. Det ble gjort en systematisk utvelgelse av representanter fra ulike profesjoner og

tjenester for å skape bredde i erfaring, fagfelt og kompetanse, innen en håndterlig gruppestørrelse. Representantene i styringsgruppen bidro til å velge ut representanter til prosjektgruppen fra sine tjenesteområder som igjen bidro til å velge representanter til arbeidsgruppene. I hver gruppe har det vært brukerrepresentanter. I begge arbeidsgruppene var det bevisst valg å inkludere to brukerrepresentanter.

*«Det gjorde at man hadde to ulike typer foreldre, og at brukerne kunne spille på hverandre.»*

Den systematiske utvelgelsen i gruppesammensetningen sørget for brede tverrfaglige grupper. De fleste profesjoner, fagfelt og tjenesteområder som arbeidet med barn og unge var representert i en eller flere av prosjektets grupper; lege, psykolog, vernepleier, spesialpedagog, lærer, rektor, helsesøster, PP-rådgiver, NAV/barnevern, pedagog og avdelingsledere. Informantene beskrev tverrfagligheten, og kommunesammensetningen, i prosjektet som et av prosjektets styrker. De mente sammensetningen av samarbeidspartnerne i prosjektet bidro til gjensidig kunnskaps- og erfaringsutveksling. Dette gjorde at deltakelse i prosjektarbeidet opplevdes som nyttig også i arbeidshverdagen.

*«Synes absolutt vi har klart å jobbe på tvers og at det har vært veldig nyttig, at vi har vært såpass mange forskjellige... det har vært en styrke i gruppen, og nødvendig.»*

Flere var bekymret for at ikke flere fastleger var involvert i prosjektet. Fastlegene betegnes som portvakter til spesialisthelsetjenesten og som en viktig brikke i forløpene for de andre kommunale tjenestene. Fastleger ble forsøkt lokket med i prosjektet gjennom lønnskompensasjon, uten at dette hjalp. Mangel på deltakelse i prosjektgruppene ble kompensert for gjennom dialogmøter med fastlegene i alle prosjektkommunene. Dialogmøtene skapte stor interesse blant legene og de som deltok fra prosjektet oppfattet møtene som vellykket.

Prosjektleder har vært daglig leder av prosjektet, samt sekretær/saksforbereder for styringsgruppe, prosjektgruppe og arbeidsgruppene. Mange fortalte at dette var avgjørende for deres mulighet til å delta i prosjektet. Prosjektlederens evne til å lede og konkretisere prosjektet ble fremhevet som en suksessfaktor for utfallet av prosjektet. Prosjektlederen ble beskrevet som en ryddig person som samlet løse tråder og sørget for fremdrift i prosjektet. Gruppedeltakerne har opplevd at det har vært gode rammer under møtene og at prosjektleder har lagt til rette for at alle har blitt hørt. Prosjektlederen har innhentet og holdt seg oppdatert på ny faglig kunnskap som er tilført i gruppemøtene. Bekymringen knyttet til en så sentral prosjektleder var prosjektets sårbarhet dersom prosjektlederen falt ut av prosjektet.

Styringsgruppens mandat har vært å ivareta den overordnede styringen av prosjektet. Avgjørelser knyttet til økonomi, organisering og viktige prinsipielle forhold, samt godkjenning av ferdigstilt forløp har vært deres ansvarsområder. Styringsgruppen har hatt et spesielt ansvar for å sikre prosjektets forankring i de overordnede administrative og politiske styringsorganer i egne organisasjoner, samt for å rapportere til egen kommune, enhet, tjeneste og brukernetttverk. Tilbakemeldinger og observasjoner viser at styringsgruppen har fungert greit. Det har imidlertid vært så store mellomrom mellom møtene at flere syntes det har vært vanskelig å holde tråden. Det ble også uklart for noen hvor grensen mellom dem og prosjektgruppens ansvarsområde var. I den avsluttende fasen av prosjektet ble det pekt på at styringsgruppen burde vært mer aktivt



brukt i forhold til ledelsesforankring av prosjektet hos alle samarbeidende parter, ettersom representantene i styringsgruppen var ledere i kommunene og helseforetaket.

Prosjektgruppen var organisert under styringsgruppen. Prosjektgruppen skulle se på generelle samarbeidsrutiner mellom kommunale tjenester, BUP og barnehabilitering, samt utvikle en faglig overbygning for de to planlagte forløpene fra arbeidsgruppene. Vårt inntrykk og tilbakemeldingene fra de andre gruppene i prosjektet var at prosjektgruppen fungerte godt og arbeidet godt sammen.

De to arbeidsgruppene skulle diskutere praksis og utvikle to diagnosespesifikke utrednings- og behandlingsforløp; ett for ADHD og ett for autismespekterforstyrrelser. Arbeidsgruppene var sammensatt av representanter fra spesialisthelsetjenestene og de kommunale tjenestene som var i målgruppen for de som var tiltenkt å bruke forløpene i daglig arbeid. Arbeidsgruppene hadde tilsammen fem møter hver i prosjektperioden, med siste og avsluttende møte i april 2014. Begge arbeidsgruppene nådde målet om å utvikle nye forløp, men også de opplevde at det ble vanskelig å holde trykket på prosjektet når det ble lenge mellom møtene.

*«...i forhold til gruppedynamikken så kunne det kanskje vært en fordel å ha litt hyppigere møter over en kortere tidsperiode.»*

Styrings- og prosjektgruppen fortalte at de savnet å vite mer om hva arbeidsgruppene arbeidet med underveis i prosjektperioden.

*«Savner tilbakemeldinger om arbeidsgruppene, lite konkret, vet at det blir jobbet, men de har levd sitt eget liv.»*

- ✓ Helseforetaket har hatt prosjektledelsen – dette har gitt økt gjennomslagskraft i kommunene
- ✓ Prosjektgruppene har hatt en stor bredde av erfaringer, fagfelt/profesjoner og tjenester – denne sammensetningen skapte gjensidig kunnskaps- og erfaringsutveksling
- ✓ Brukerinvolveringen opplevdes som unik og svært verdifull
- ✓ Fastleger har ikke deltatt i prosjektet, men det er gjennomført dialogmøter med dem om prosjektet
- ✓ Prosjektleder har vært sentral ved å holde tråden og skape fremdrift i prosjektet
- ✓ I alle prosjektgruppene ønsket man hyppigere møter for å opprettholde trykket på prosjektet

## 7.2 FORANKRING

Ved oppstart av prosjektet ble det underskrevet en avtale mellom helseforetaket og prosjektkommunene. Avtalen ble underskrevet av administrerende direktør i helseforetaket og

av rådmennene i kommunene. Hensikten var å sikre forankring på høyt nivå i organisasjonene som var involvert i prosjektet for å sikre gjennomførbarheten av prosjektet og forplikte til implementering og bruk av forløpene som skulle utvikles i prosjektet. Under intervjuene med representanter fra de ulike gruppene i prosjektet spurte vi hvor godt de opplevde at prosjektet var forankret i deres egen organisasjon og tjeneste. Svarene viste at synet på prosjektforankringen varierte svært mye i forhold til hvilket nivå gruppemedlemmene arbeidet på i organisasjonen.

Generelt opplevde de som satt i styringsgruppen eller representerte helseforetaket at prosjektet var bedre forankret enn representantene i prosjekt- og arbeidsgruppene opplevde. Videre mente styringsgruppen at prosjektet ikke var toppstyrt av helseforetaket, og at det var like godt forankret i kommunene som i helseforetaket. Prosjektet var i følge dem forankret blant ledere på ulike nivå i helseforetaket og på høyt administrativt nivå i kommunene. Det varierte derimot blant prosjektkommunene hvorvidt prosjektet var vedtatt i politiske fora. Enkelte informanter var derimot bekymret for forankringen i kommunene i forhold til implementering av forløpet og mente at posisjonen kommunerepresentantene hadde i sin kommune kunne være en svakhet. Dette fordi de som sitter på ledelsesnivå følgelig har større beslutningsmyndighet enn de som sitter lengre ned, og dette ville påvirke representantenes mulighet til å få samlet kommunen om prosjektet, påvirke samarbeidet internt mellom tjenestene i kommunen og implementering av forløpet. Flere mente at man hadde undervurdert kompleksiteten til kommuneorganisasjonene, og at man skulle ha sørget for enda bedre forankring blant ledere over tjenestenivå i kommunene tidligere i prosjektet.

Dette ble bekreftet av kommunenes representanter i prosjektgruppen. De opplevde at prosjektet ikke var særlig godt forankret i kommunene, og at det var utfordrende å prøve å skape interesse for prosjektet blant tjenesteleder på samme nivå som dem selv.

*«Sitter i prosjektgruppen uten mandat eller myndighet til å gjøre noe som helst.»*

Dette førte til at det var vanskelig å spre interesse og informasjon om prosjektet og at det dermed heller ikke ble etterspurt. Videre savnet de gode arenaer for tjenesteyterne for barn og unge i kommunene hvor prosjektet kunne tas opp, ettersom arbeidet med forebygging, barn og unge og særlig psykiske vansker allerede var fragmentert i kommunene. Flere av utfordringene knyttet til dette hadde dermed mer med kommunestrukturen enn prosjektet å gjøre.

For å bøte på manglende forankringen i kommunene ble det foreslått en presentasjon av prosjektet og forløpene til rådmennene i kommunene etter prosjektslutt. I etterkant av presentasjonen burde rådmennene utfordres til å underskrive en forpliktende samarbeidsavtale om å følge opp prosjektet og implementere forløpet.

- ✓ Prosjektavtale mellom helseforetaket, som prosjekteier, og prosjektkommunene for å sikre forankring på høyt nivå, forplikte til deltakelse og til implementering av forløpet

- ✓ De på høyt nivå i kommunene opplevde at prosjektet var godt forankret, mens enhets/tjenesteledernivået opplevde mangelfull forankring av prosjektet i ledelsen
- ✓ Manglende forankring skapte utfordringer og bekymringer knyttet til: å spre interesse og informasjon om prosjektet, mandat og myndighet til å innføre endringer og implementering av forløpet

### 7.3 PROSJEKTPROSESSEN

Selv om gruppene i prosjektet var flerfaglig sammensatt, med representanter fra ulike tjenester og tjenestenivå, samt brukere, opplevde de at de var likeverdige parter i prosjektet. Bidragsyterne hadde en felles forståelse av utfordringsbildet. Dette bekreftes gjennom observasjoner av styrings- og prosjektgruppen. De ulike tjenesteyterne fremhevet flere av de samme utfordringene og løsningsforslagene som kom frem under diskusjoner var overlappende. Under diskusjonene var prosjektdeltakerne opptatt av å finne gode felles løsninger på det som oppleves som et felles utfordringsbilde fremfor å fordele ansvar for å løse dette. Gruppene har vært preget av engasjerte medarbeidere som har bidratt aktivt i prosjektprosessene.

*«Vi ser utfordringene i systemet hos alle instanser.»*

Prosjektarbeidet har vært preget av gjensidig tillit, hvor ingen har opplevd at andre har hatt en skjult agenda. Alle har bidratt til å løfte hverandre opp mot et felles mål i stedet for å legge skyld på andre. I gruppene har det vært åpenhet for innspill og synspunkt, og alle har blitt hørt. Enkelte har følt på ansvaret med å representere egen profesjon eller tjeneste i diskusjonene, men gruppene har allikevel vært samstemte.

*«..har vært veldig harmoni og enighet og vi har utfylt hverandre.»*

*«..vi tenker mer likt enn vi kanskje var klar over og opplever i det daglige.»*

Brukerrepresentantene innspill og bidrag trekkes frem som vesentlige for prosjektet. Det har stått sentralt å få frem det som ikke har vært bra slik at det kan forbedres. Brukererfaringene har bidratt til dette, men ikke minst endret måten tjenesteyterne har sett på egen og andres tjenester. Denne synsvinkelen har skapt større forståelse for hvordan brukerne opplever tjenestene. I følge gruppene har prosjektet truffet behovene ute godt og temaene som er hentet frem har vært sentrale for å skape helhetlige forløp. Familiens behov for gode forløp har veid tyngre enn tjenestenes behov i utviklingsarbeidet. Innføring av familiemøter er et tydelig tegn på dette.

Prosjektet har ført til noen overraskelser underveis. Blant annet ble spesialisthelsetjenesten overrasket over hvor lite kommunene hadde å tilby etter behandling hos dem. Dette reflekteres av kommuneansatte som fortalte at de har vært opptatt av at prosjektet måtte føre til noe

konkret, som arbeidsverktøy og bestemte tiltak de kunne iverksette. Men prosjektet i seg selv, at partene møttes for å arbeide sammen, opplevdes som en liten seier for flere. Prosjektet førte til positive erfaringer ved at alle har vært medspillere, møttes på halvveien og hatt et ærlig ønske om å få til noe bra sammen.

Engasjementet som har preget prosjektprosessen har derimot vært vanskelig å overføre til det daglige arbeidet i egen organisasjon. Flere opplevde lav eller ingen interesse for prosjektet i egen organisasjon når de ønsket å presentere arbeidet. Enkelte stilte spørsmål ved om det var mulig i kommunene med sine mange tjenesteområder og mange ansatte å skape interesse og engasjement for et prosjekt i det hele tatt. Møtene ble dermed en positiv arena for å diskutere og arbeide med problemstillingene i prosjektet.

Informantene hadde forståelse for at prosjektprosessen og utviklingsarbeidet kom til å ta tid, særlig med mange og komplekse organisasjoner involvert. Samtidig ønsket de et større trykk på prosjektet over en kortere periode. Prosjektleder var enig i at det hadde tatt lengre tid enn forventet og at tidsforløpet kunne vært krympet. Det var imidlertid viktig å ta seg tid til å samarbeide med alle aktuelle instanser. Et grep enkelte foreslo var at man kunne planlagt hele prosjektet med møtedatoer for å unngå lang tid mellom møter, manglende oppmøte og utskiftninger i gruppene. Flere kommunerepresentanter mente at det hadde vært en fordel å få oversikt over omfanget av prosjektet på forhånd for å kunne prioritere tidsbruken bedre:

*«..om dette skal prioriteres så må noe annet vente, dette skulle vært tydeligere.»*

Prosjektgruppen har hatt årlige to-dagers samlinger. Disse samlingene beskrives som svært positivt for gruppedynamikken og for muligheten til å holde på lengre diskusjoner. Samlingene bidro til godt samhold i gruppen og større erfaringsutveksling enn dagsmøtene.

- ✓ Tjenestene har hatt en felles forståelse av utfordringsbildet – vært opptatt av å finne felles gode løsninger
- ✓ Brukererfaringene har endret tjenesteutøvernes syn på egne tjenester
- ✓ Familiens behov for gode og helhetlige tjenester har veid tyngre enn tjenestenes behov
- ✓ Prosjektet har ført til at partene har møttes og arbeidet sammen – dette opplevdes som en seier
- ✓ Engasjementet i prosjektet har vært vanskelig å overføre til det daglige arbeidet i egen organisasjon/tjeneste – kunne man hatt større trykk på prosjektet og gjennomført det over kortere tid?
- ✓ Todagers samlinger ga godt samhold og større erfaringsutveksling

#### 7.4 BRUKERMEDVIRKNING I PROSJEKTET

Brukermedvirkning har vært en grunnpilar i prosjektet. Brukerrepresentanter har vært med i prosjektet fra oppstart, og det har vært en eller to brukere i hver av gruppene i prosjektet. Gruppemøtene ble lagt opp slik at brukerne har hatt anledning til å delta på alle møtene. Brukerrepresentantene har bidratt i utvikling og utforming av de overordnede beslutningene i prosjektet, og dette har dannet grunnlag for det nye forløpet.

De fem brukerrepresentantene som har deltatt i prosjektet ble ikke tilfeldig valgt ut. De er rekruttert via foreldrearenaer, grupper og organisasjonsarbeid. Det var viktig at de ikke burde være for opptatt av egen agenda, men heller ikke være stille alibi. Gjennom rekrutteringsprosessen fant man frem til brukere med ulik erfaring fra forskjellige hjelpebehov, og som hadde evne til å se utover seg selv og egne positive og negative erfaringer. I begge arbeidsgruppene som arbeidet med utvikling av forløp var det to brukerrepresentanter. Både for å sørge for en bredde i brukererfaringene, men også for at de kunne støtte hverandre og redusere eventuell opplevelse av å være alene mot tjenesteyterne. Representantene har hatt forankring i brukerorganisasjoner.

Brukermedvirkningen trekkes ofte frem av prosjektdeltagerne som suksesskriteria i prosjektet. Det har ført til en sterk tilstedeværelse av formålet under hele prosessen, nemlig å utvikle gode samarbeidsrutiner mellom familier, kommuner og spesialisthelsetjeneste, slik at barn og unge med sammensatte vansker og behov får så god og samordnet hjelp som mulig. Tjenesteyterne forteller at brukernes stemme i prosjektet har gitt dem et nytt syn og perspektiv på egne tjenester. Det har ført til en realitets orientering de på forhånd ikke trodde det var behov for. Brukerne forteller også at deltagelsen i prosjektet har vært nyttig for dem. Det har gitt dem mulighet til å bidra med utvikling av et bedre tjenestetilbud til familier som kommer etter dem, og har gitt dem en innside forståelse av prosessene som foregår i tjenestene. Dette er også noe av det de ønsker at forløpet skal vise; hva som foregår når, hva som fører til at ting tar tid, hvem som gjør hva - for å gi større forutsigbarhet for brukerne. De har også opplevd det som positivt å møte menneskene bak tjenestene, se deres hverdag og utfordringer og slik har de fått større forståelse for tjenesteyternes side av saken. Brukerrepresentantene opplevde at de ble respektert og hørt i prosjektet, og at deres tilbakemeldinger og erfaringer ble verdsatt. Både brukerne og de øvrige prosjektdeltagerne mener at forløpet og familiemøtene som er utviklet i prosjektet tydelig reflekterer at brukerstemmen er vektlagt.

- ✓ Brukere i alle ledd av prosjektet fra oppstart – trekkes frem som suksesskriteria av de andre prosjektdeltakerne
- ✓ Møtetider tilrettelagt slik at brukerne alltid kunne delta
- ✓ Brukermedvirkningen har styrket bevisstheten rundt formålet; å utvikle god og samordnet hjelp til barn og unge med sammensatte vansker og behov
- ✓ Brukernes stemme har gitt tjenesteyterne et nytt syn og perspektiv på egne tjenester

## 7.5 SYN PÅ ENDRING AV EKSISTERENDE PRAKSIS

Noen ganger er det slik at vilje og behov overstyrer av økonomi og retningslinjer. Et eksempel på dette er refusjonssystemet i spesialisthelsetjenesten som kun dekker rådgivning og veiledning i kommunene etter henvisning. Deltakelse i prosjektet har gitt tjenestene mulighet til å regulere seg innenfor egne rammer for å oppnå best mulig samarbeid med andre tjenester. Familiemøtene er en løsning som åpner for inntil to møter med spesialisthelsetjenesten før henvisning.

Koordinatorfunksjonen i kommunene ble ansett som viktige når barn og unge skulle følges opp i kommunene etter utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette var spesielt viktig for barn og unge som ikke var inne i barnevernet, da det ofte falt mellom flere stoler. I kommunene med koordinatører i arbeidet med barn og unge var kontakten og samarbeidet med enklere. Utfordringene rundt et udekket informasjonsbehov begge veier har skapt flere frustrerende situasjoner, særlig kommunerepresentantene opplever at de kommer dårlig ut.

*«Stor frustrasjon fra helsesøster da det ofte står i epikriser fra BUP at helsesøster skal følge opp, mens de ikke har ressurser.»*

En intensjon i prosjektet var å redusere antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten og legge til rette for at mer skulle foregå i kommunene. Forløpet skulle bidra til å forenkle denne utvelgelsesprosessen av hvem som skulle henvises og ikke. I tillegg ble det sett på løsninger for hvordan spesialisthelsetjenesten i større grad kan bistå kommunene med veiledning. For å få kommunen mer på banen etter utredning/behandling mente flere at det måtte gis tilbakemeldinger fra spesialisthelsetjenesten til for eksempel PP-tjenesten, som da kunne lede sakene lokalt. Kommunene innså at de burde bli flinkere til å ta vare på barn og unge, men ønsket ikke innblanding i hva de skulle gjøre til enhver tid. De kommunale tjenestene ville gjerne ha råd og tips, men var opptatt av at spesialisthelsetjenesten ikke måtte forespeile foreldrene luftslovtak i kommunen. Kommunene måtte i større grad tørre å sette inn ressursene på enkelte prioriterte områder, som samarbeid og tidlig innsats, og samtidig finpusse på eksisterende tilbud. Men kommunene savnet et system som gir mulighet til å ta tak i saker umiddelbart, slik at flere tør å ta det ansvaret.

*«..det er så mange som sier at de ikke kan noe om det, også blir det en unnskyldning at de ikke vet eller kjenner til kjennetegnene. Da blir det til at de ikke tør gjøre noe med det.»*

Under møtene i styrings- og prosjektgruppen kom det frem at Samhandlingsreformen hadde gjort det vanskeligere å arbeide for bedre tjenester til barn og unge. Kommunene ønsker i større grad å hjelpe, men opplever at de har for lite ressurser, stillinger og økonomi til lavterskeltilbud. Resultatet er at de opplever å ha få eller ingen tiltak å sette inn ved behov.

*«Samhandlingsreformen har utilsiktede negative konsekvenser for barn og unge fordi kommunene får flere oppgaver men ikke midler. Fokuset går fra barn og unge til eldre av økonomiske grunner.»*

- ✓ Familiemøtene åpner for 2 møter med spesialisthelsetjenesten før henvisning
- ✓ Koordinator i kommunene mangler ofte, og er svært viktig for barn og unges oppfølging i kommunene
- ✓ Kommunene ønsker mer råd og veiledning fra spesialisthelsetjenestene velkommen
- ✓ Spesialisthelsetjenesten må unngå å forespeile tiltak og oppfølging kommunene ikke har mulighet til å gjennomføre
- ✓ Ressurser og kapasitet rettet mot barn og unge gjør det vanskelig for kommunene å opprette lavterskeltilbud eller målrettede tiltak for oppfølging

## 7.6 PROSJEKTDELTAGERNES FORVENTNINGER TIL FORLØPET

En grunnleggende forutsetning under utviklingen av forløpet har vært at det tilrettelegger for samtidighet fremfor en serie hendelser som følger etter hverandre i tid.

*«Mens forløp er et sekvensielt ord, hvor man gjør noe i sekvenser, man gjør noe i kommunen, så gjør man noe i spesialisthelsetjenesten også gjør man noe i kommunen igjen. Mens det som har vært en av tankene i prosjektet er det at vi skal samhandle mer, ikke bare etter hverandre, men samhandle mer samtidig.»*

Ettersom at de barna som omfattes av forløpet ikke betegnes som pasienter, har det vært en utfordring å definere "når" forløpet skal starte. Oftest startes et forløp når sykdom eller skade inntreffer og det opprettes kontakt med helsetjenester. Men i dette prosjektet har det vært viktig at også det som skjer før en henvisning skulle være en del av forløpet. Derfor ble det definert at forløpet skulle starte når en alvorlig bekymring oppstår hos foresatte eller barnet/ungdommen og/eller alvorlig bekymring for et barn oppstår hos en fagperson.

### 7.6.1 FOR BRUKERNE

Brukerrepresentantene i prosjektet håpet forløpet ville gjøre det enklere for brukere som kommer etter dem. De håpte at familieperspektivet i større grad kan ivaretas, og at forløpet gjør det enklere for brukerne å få oversikt over hjelpeapparatet, egne rettigheter og krav de kan stille tjenesteyterne.

*«Kanskje foreldrene som er bekymret, særlig i tidlig fase, mer kan se for seg hva de kan forvente. Det blir tydeligere for dem, forhåpentligvis.»*

Prosjektdeltagerne forventet at forløpet fører til at tjenestene bruker mindre av brukernes tid og bidrar til å avlaste familiene. Håpet var at forløpet kunne brukes som et arbeidsverktøy sammen

med brukerne. Det var viktig at forløpene kun inneholder konkrete opplysninger og informasjon som er nyttig i det daglige. Det var forventninger til at brukermedvirkningen under hele prosjektprosessen gjenspeiles i det ferdige produktet, og viste at prosjektet har hatt et tydelig mål på hvem det var for.

For at forløpet skulle møte forventningene ovenfor brukerne var det helt vesentlig at forløpet ble gjort lett tilgjengelig på kommunenes og helseforetakets nettsider, og at det informeres om det. Dette gjør også at informasjonen er tilgjengelig for brukerne når de selv har anledning og er mottakelig for å sette seg inn i den. I forhold til tilgjengelig ble det lagt vekt på følgende punkt:

- Lenker til forløpet på kommunale hjemmesider og helseforetakets hjemmesider
- Innholdet i forløpet skal være nyttig for brukerne av forløpet
- Det skal ikke være for mye informasjon i forløpet
- Det skal brukes et brukervennlig design og språk som er mulig å forstå

### 7.6.2 FOR INSTANSENE

Forløpet ble forventet, gjennom tydelige beslutningspunkt, å legge føringer for kommunikasjon, ansvars- og oppgavefordeling og slik styrke den grunnleggende erkjennelsen av at alle må bidra til å ta tak og ansvar tidlig. Det ble foreslått at forløpene burde brukes til å endre eksisterende møtearenaer til reelle verktøy for kommunikasjonen og samarbeid mellom partene. At alle aktuelle tjenestene var representert i utviklingen ble fremhevet som vesentlig for å finne fram til naturlige og gode beslutningspunkter, slik at beslutninger kan tas tidligere. Forløpet forventes å være så strømlinjeformet at det ikke blir spørsmål om hvordan prosessene skal foregå, og at det ikke lenger kan være en unnskyldning at man ikke vet hva som skal gjøres. Slik sett kan forløpet forventes å senke terskelen for henvisning, men samtidig sile ut hvilke saker som bør henvises og ikke. Forløpet kan føre til at tjenestene utvikler større forståelse for og kunnskap om hverandre. Bedre kjennskap og kunnskap til hverandre vil igjen redusere personavhengigheten, og sikre at alle får samme tilbud om tjenester og oppfølging. Selv om forløpet forventes å skape mer likhet i tjenestene, var det viktig at det fremdeles tilpasses den enkelte bruker:

*«Ønsket er at det faglig sett skal være ganske likt også må man tilpasse for det enkelte barn».*

Det var delte meninger om forløpet ville føre til mer arbeid. Flere mente at forløpet ville føre til mer arbeid fordi bedre kvalitet hang sammen med flere tiltak som igjen ville kreve ressurser og kapasitet gjennom omorganisering og flere stillinger. Men det å få en rett linje fra oppfangning og videre til tiltak mente informantene ikke automatisk ville gi mindre arbeid. Andre mente at de allerede gjorde mye av det som var beskrevet i forløpet, og at det ikke handlet så mye om nye arbeidsoppgaver som om arbeidsfordeling, flyt og felles forståelse. Større transparens i tjenesteytelsen i forløpet ville føre til mindre dobbeltarbeid. De håpet også at forløpet ville øke kunnskapen om og forståelsen av hverandres tjenesteutøvelse for å unngå at det skapes urealistiske forventninger blant brukerne som ødelegger for samarbeidet dem imellom.

*«Etter utredning får kommunene tilbake barn og unge med forslag til tiltak uten at kommunen har ressurser til å gjennomføre disse. Det skaper urealistiske forventninger og er ødeleggende for relasjonen mellom kommunen og familie.»*



Prosjektdeltagerne var også delt i synet på om forløpet ville gi en forskyvning av arbeidsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten til tjenestene i kommunen. Det var flest fra spesialisthelsetjenesten som trodde at kommunene ville oppfatte forløpet på denne måten. Representanter fra kommunene mente at spesialisthelsetjenesten dyttet mer ansvaret nedover uavhengig av forløpet. De fleste kommunene mente imidlertid ikke at dette ikke var noe problem så lenge de fikk nødvendig hjelp og veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

Representantene fra kommunene var spesielt opptatt av at prosjektet måtte føre til konkrete endringer. Det var behov for å forankre et sterkere fokus på barn og unge i kommunene. Informantene var enige i at prosjektet hadde blitt konkretisert i løpet av prosjektperioden og at det «kommer noe ut av det». Flere mente at forløpene uavhengig av resultat ville føre til at det ble bedre enn det var og at prosjektet allerede hadde oppnådd noe gjennom bevisstgjøring og økt oppmerksomhet rundt barn og unge.

- ✓ Samhandlingsforløpet skal legge til rette for mer samtidighet fremfor hendelser etter hverandre i tid
- ✓ Forløpet starter når alvorlig bekymring for et barn og unge oppstår enten hos en fagperson eller foresatte/familie eller barnet selv
- ✓ Forløpet skal være tilgjengelig for brukerne og gjøre det enklere for dem ved å skape forutsigbarhet og samle nyttig informasjon
- ✓ Forløpet skal gi tydelige beslutningspunkt og legge føringer for kommunikasjon, ansvars- og oppgavefordeling mellom tjenestene
- ✓ Forløpet skal være et arbeidsverktøy for samarbeid mellom tjenestene og med brukerne
- ✓ Prosjektet ble forventet å få konkrete utfall og gi økt fokus på barn og unge, særlig i kommunene var dette sterkt etterspurt

## 7.7 TANKER OM IMPLEMENTERINGSFASEN

Prosjektdeltagerne uttrykte bekymring for implementeringsfasen. De stilte spørsmål ved om prosjektet varte lenge nok til at forløpet ble skikkelig implementert og utprøvd. De oppfordret til lojalitet mot forløpet blant alle prosjektdeltagerne, ettersom mange ute i tjenestene ville ha sterke meninger om hvordan tjenestene skal utføres og potensielt motsette seg innføringen av forløpet.

### 7.7.1 KOMPLEKSE KOMMUNEORGANISASJONER

Kompleksiteten i kommuneorganisasjonene var et stort bekymringsmoment i forhold til implementeringen, selv om kommunene hadde relativt gode rutiner for innføring av tiltak etter

vedtak. Kommunens representanter i prosjektgruppen har ingen myndighet over andre enn egen tjeneste, ettersom kommunene har flere tjeneste- eller enhetsledere på samme nivå. Disse satt derfor uten samme myndighet til å innføre endringer i tjenestene for barn og unge som representantene fra helseforetaket. I kommunene er det også langt flere ansatte som berøres av innføringen av det nye forløpet enn i helseforetaket. Det var allikevel ikke motvilje prosjektdeltagerne fryktet under implementeringen i kommunene, men at den store kompleksiteten ville gjøre det vanskelig å nå ut til alle. Intern forankring på høyt administrativt nivå var noe alle kommunerepresentantene i prosjektet mente ville bli avgjørende for utfallet.

*«Hvordan informerer man om prosjektet underveis i egen organisasjon? Klarer vi å forankre det i egen organisasjon? Klarer vi å formidle det godt nok?»*

Til sammenligning har spesialisthelsetjenesten en tydelig kommandostruktur med klinikkssjef, avdelingssjef og seksjonssjef, både i BUP og i habilitering. Helseforetaket har hatt de aktuelle seksjonssjefer sittende i prosjektgruppen i prosjektet. Seksjonssjefene har kunnet gå inn for endringer med relativt stor myndighet over sin seksjon, noe som følgelig letter innføringen av forløpet.

Implementeringsfasen var noe prosjektgruppen spesielt kjente på ansvar for. Flere mente at det ville bli personavhengig om de lyktes med implementeringen av forløpene eller ikke, og at mye sto og falt på dem.

### **7.7.2 ALLE MÅ INVOLVERES, IKKE BARE HJELPETJENESTENE**

Det var viktig for prosjektdeltagerne at forløpet når ut til normalarenaene som skole og barnehage og ikke bare de vanlige hjelpetjenestene. Etter foreldrene er det skole og barnehage som ser barna mest, og det har vært viktig i utviklingen av forløpet at det skal være redskaper for dem i forløpet.

Enkelte opplevde det som overveldende at forløpet skulle utgjøre en forskjell for så mange ulike parter, hvordan skulle de klare å gjøre forløpet interessant, aktuelt og oppdatert for alle. Flere i prosjektgruppen og arbeidsgruppene uttrykte bekymring for mangel på engasjement rundt temaet og prosjektet i deres organisasjon. De var bekymret for hvordan de skulle få implementert forløpet, og gjøre det forpliktende for praksisfeltet.

### **7.7.3 BEKJENTGJØRING OG INFORMASJON**

Bekjentgjøring og informasjon om forløpet mente alle prosjektdeltagerne kom til å bli avgjørende for implementeringen. For at forløpet skal bli brukt må alle vite at det finnes. For å spre informasjon om forløpet ble det foreslått felles kurs om eller presentasjon av forløpet, enten med tjenestene samlet, eller for eksempel internt i hver organisasjon. Personer på høyt administrativt ledelsesnivå både i helseforetaket og kommunene burde være tilstede. Presentasjonen burde være enkel og lik for både spesialisthelsetjenesten og kommunene, slik at alle fikk samme informasjon.

For å få forløpet til å bli en del av daglig praksis må noen sørge for å holde det i gang og påse at det blir gjennomført, også etter prosjektperioden. Enkelte mente at spesialisthelsetjenesten som jobber med utsatte barn og unge til daglig burde opprettholde fokuset på forløpet sammen med PP-tjenesten. Fastlegene, skolene og barnehagene ble i denne sammenhengen omtalt som

generalister med mange andre oppgaver- og ansvarsområder, hvor utsatte barn og unge kun utgjorde en mindre andel. Det vil nok derfor hvile et spesielt ansvar på spesialisthelsetjenesten og PP-tjenesten. De resterende kommunale tjenestene ble ikke dermed fritatt for ansvar og må selv bidra til å informere sine ansatte om forløpet.

#### 7.7.4 FORANKRING OG EIERFORHOLD ER EN NØDVENDIGHET

Gjennom prosjektet ble det gjort framstøt mot ledernivå, noe det ble viktig å fortsette med under implementeringen. Både i helseforetaket og kommunene mente de fleste at det var nødvendig med forankring på høyt ledelsesnivå med forpliktelse og vedtak om bruk av forløpet.

For å få forløpet til å sette seg i ordinær praksis i organisasjonene måtte man skape eierforhold til det. Dette har det vært arbeidet aktivt med i prosjektet blant annet ved å prøve å forankre tiltakene mest mulig hos de som skal ha driftsansvaret for dem, gjennom å inkludere dem i prosjektet. Tiltakene skulle ikke eies av prosjektet men av de som skulle gjennomføre dem. Forløpet og tiltakene er forsøkt tilpasset eksisterende styringssystem for lettere implementering i ordinær praksis.

*«Nå sitter vi her og eier dette og synes det er lurt, men hva når det kommer noen helt utenfra?»*

Det var imidlertid en påfallende forskjell mellom kommunerepresentantene i styringsgruppen og kommunerepresentantene i prosjektgruppen i synet på hvordan og hvor godt prosjektet var forankret i kommunene. Representantene i styringsgruppen opplevde at prosjektet var forankret på høyt administrativt nivå i kommunene, mens representantene i prosjektgruppen mente det ikke var særlig godt forankret. Dette førte til at det mot slutten av prosjektperioden ble iverksatt tiltak ut mot kommunenes ledelse for å forplikte til bruk av forløpet.

*«En ting er gode intensjoner, men noe annet er å endre det i praksis»*

Informantene fra alle gruppene i prosjektet innså at for å få forankret og implementert forløpet i daglig praksis gjensto mye arbeid både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Rutinene tjenestene brukte var innarbeidet over mange år og det ville bli vanskelig å endre disse. De var forberedt på at det ville være lett for tilbakefall. Derfor mente de at når man har laget forløp sammen må alle forpliktes til å bruke det. Det skulle ikke være opp til den enkelte tjenesteutøver. Informantene mente derfor det må legges stor vekt på og brukes god tid på implementeringen av forløpet.

*«På en måte så kan man ha inntrykk av at det som har vært prosjektet her har vært å lage dette programmet. Men selve samhandlingsprosjektet er jo, bør være, både å lage noe som er lett tilgjengelig og forståelig, og presentasjonen av det, bruken av det og holde det ved like.»*

- ✓ Komplekse kommuneorganisasjoner med tjenesteledere uten myndighet på tvers var særlig bekymringsfullt for implementering

- ✓ Sterk forankring på høyt administrativt nivå opplevdes som avgjørende for utfallet – og dette var ikke tilstrekkelig på plass
- ✓ Alle må involveres, ikke bare hjelpeinstansene – samhandlingsforløpet må også implementeres i skole og barnehage
- ✓ For at forløpet skal bli brukt må det være kjent – bekjentgjøring og informasjon om forløpet viktig for implementering
- ✓ Forløpet og familiemøtet er forsøkt tilpasset eksisterende praksis og system for å lette implementeringen – men det må skapes eierforhold til de for å få det inn i ordinær drift
- ✓ Forankring og krav til endring av praksis opplevdes som nødvendig

---

## **8 ENDRINGER OG UTFALL AV PROSJEKTET – FASE 3**

---

Det å komme frem til konkrete og operasjonaliserte tiltak i et komplekst samhandlingsprosjekt med mange aktører inne er både tidkrevende og vanskelig. Det har også Kvalitet i alle ledd fått oppleve. Prosjektet har allikevel i løpet av prosjektperioden fått gjennomført flere tiltak, som kompetanseheving og konferanse, og innført flere større endringer i tjenesteutøvelsen gjennom familiemøter og samhandlingsforløpet «Samordning av hjelpetilbud for barn og unge». I stedet for å bruke forløpets egennavn, betegner vi det videre i rapporten som «samhandlingsforløpet».

### **8.1 KVALITET I ALLE LEDD GJENNOM BEDRE SAMHANDLING, FELLES MÅL OG KUNNSKAP**

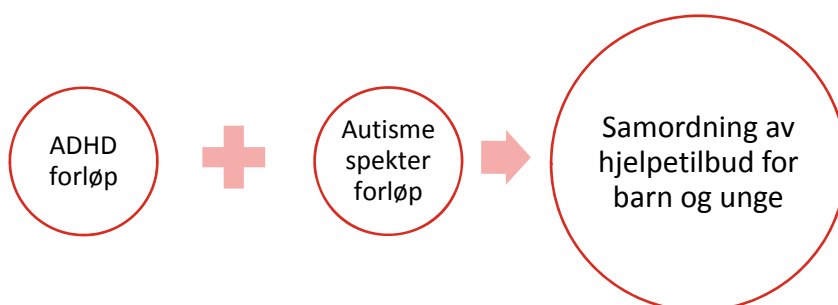
Prosjektdeltagerne har opplevd det som konstruktivt og nyttig å delta i prosjektet. Prosjektprosessen har vært preget av likeverdighet og maktbalanse mellom ulike tjenester, nivå og profesjoner. Alle har fått anledning til å komme med egne synspunkter, erfaringer og problemstillinger, og har opplevd at deres mening har blitt verdsatt og tatt på alvor i gruppen de har deltatt i. Prosjektarbeidet har i alle gruppene vært basert på et felles ønske om å få til noe sammen for barn og unge, fremfor skyldfordeling og ansvars- og oppgaveoverføring. Prosjektleder har for informantene vært en hjørnesteinsbrikke i prosjektet. Prosjektlederen beskrives som inkluderende, konkretiserende, kunnskapsrik og løsningsorientert.

Allerede før prosjektet var avsluttet hadde projektdeltagerne fått bedre kjennskap til hverandre og hverandres tjenester, og det hadde påvirket måten man forholdt seg til hverandre på. Prosjektet hadde også ført til en bevisstgjøring på tjenester for barn og unge underveis i prosjektperioden.

- ✓ Prosjektet har opplevdes nyttig, skapt bevisstgjøring rundt tjenestene til målgruppen og gitt økt kunnskap om hverandres tjenester

## 8.2 TO UAVHENGIGE DIAGNOSEBASERTE FORLØP BLE TIL ETT SAMHANDLINGSFORLØP

Under prosjektperioden arbeidet to arbeidsgrupper parallelt og uavhengig av hverandre med utvikling av hvert sitt diagnosebaserte forløp. Ett forløp var tiltenkt ADHD, det andre autismespekterforstyrrelser. Det viste seg imidlertid at forløpene arbeidsgruppene utviklet hadde så mange og store likhetstrekk at det ble mest hensiktsmessig å slå dem sammen til et personsentrert samhandlingsforløp, under betegnelsen «Samordning av hjelpetilbud for barn og unge» (se figur 3). På denne måten kan man også si at de to arbeidsgruppene har kvalitetssikret forløpet for hverandre. Forløpene la størst vekt på de generelle problemstillingene rundt samhandlingen og koordineringen av arbeidet med utsatte barn og unge på tvers av tjenester og tjenestenivå, og denne sammenslåingen til ett forløp gjør dermed at det kommer flere barn og unge til nytte. Det styrker forløpets relevans for praksisfeltet at samtlige tjenester for barn og unge og brukere har vært med på utviklingen av det.



Figur 3. Utvikling av et generelt forløp, «Samordning av hjelpetilbud for barn og unge», på bakgrunn av to diagnosespesifikke.

- ✓ Et bredt utvalg av representanter har arbeidet i to uavhengige arbeidsgrupper og kommet frem til sammenfallende resultat – de diagnosebaserte forløpene ble derfor slått sammen til ett forløp - «Samordning av hjelpetilbud for barn og unge».

## 8.3 UTFALL AV PROSJEKTET

### 8.3.1 PROSJEKTETS INNFLYTELSE PÅ TJENESTEAKTØRENE

Endringer i samhandling, ansvars- og rolleavklaring, kommunikasjon og informasjon og kompetanseheving tar tid, men prosjektet har bidratt til å føre tjenestene i riktig retning. Prosjektet har ført til en bevisstgjøring hos alle tjenesteaktørene som igjen har ført til interne endringer og tilpasninger av eksisterende rutiner. Det at man har lært om hverandre og

betingelsene de enkelte har, har påvirket måten man møter hverandre i saker etterpå. Flere mente at dette ville få større ringvirkning etter hvert når flere ble involvert i å bruke forløpet.

Prosjektet har vært en pådriver for forandringer i samarbeidet mellom instansene, og for å få i gang formelt samarbeid internt i kommunene og med spesialisthelsetjenesten. Prosjektet har bidratt til å fremskynde tiltak, selv om noen av disse ville bli satt i gang uansett. Prosjektet har bidratt til å avdekke hull i egne tjenester, som har fått konsekvenser for tjenesteutøvelsen. Det har ført til diskusjoner og arbeid med organiseringen i kommunene i forhold til samhandling og prosedyrer, samt strukturering og bruk av allerede etablerte tverrfaglige møter. Enkelte fortalte at det ikke ville vært et så strukturert arbeid for barn og unge i kommunen om det ikke hadde vært for prosjektet.

Brukerrepresentantene hadde også fått større forståelse for tjenesteyternes arbeidssituasjon, ressursituasjon og rammevilkår. Men viktigst var at prosjektet åpnet for at tjenesteyterne så sine egne tjenester i nytt lys gjennom kontakten med brukerrepresentantene.

### **8.3.2 FAMILIEMØTER**

Familiemøter er et konkret tiltak utviklet i Kvalitet i alle ledd. Familiemøtene ble ansett som første steg mot å møtes på en likeverdig arena, og var noe partene hadde vært opptatt av å få til. Familiemøtene er en arena der familie, kommunale fagpersoner og BUP kan møtes i forkant av en eventuell henvisning. Møtene er en integrert del av samhandlingsforløpet, og formålet med møtene er at familien kan finne ut hvilken hjelp de og barnet har behov for. Familiemøtene kan bidra til et godt samarbeid mellom familier, kommuner og spesialisthelsetjeneste, og at barn med hjelpebehov får så god og samordnet hjelp som mulig. Det er en kontaktperson i kommunen som er ansvarlig for å koordinere familiemøtene, og familien eller fagpersoner kan kontakte denne personen når det oppstår bekymring for et barn og for å avtale et familiemøte. BUP kan delta på inntil to familiemøter uten at barnet er henvist til BUP. I løpet av disse møtene er målet at det skal være avklart om det er behov for henvisning til BUP eller ikke, og eventuelle andre tiltak som bør iverksettes. For å sikre at utfall av møtene følges opp, er det bestemt at den instansen som tar initiativ til familiemøtet har ansvar for oppfølging, oppfølging av beslutninger og journalføring.

Kommunerepresentantene mente at familiemøtene ville gjøre det enklere for kommunene å ta tak i saker på egen hånd. Familiemøtene kan også legge til rette for en større grad av samtidighet i tjenesteytelsene. En informant fra helseforetaket trodde at de som hadde deltatt på familiemøtene allerede hadde merket at samarbeidsklimaet var blitt bedre. Allerede kort tid etter at familiemøtene var innført var møtene fullbooket og alle strålende fornøyd med det nye tiltaket.

I 2015 ble foreldre og barn/ungdom som deltok på familiemøter invitert til å gi en anonym vurdering av tiltaket gjennom å fylle ut et anonymt skjema. Resultatene av brukernes vurdering er presentert i kapittel 8.1.4 under.

### **8.3.3 5 KJENNETEGN PÅ GODE HENVISNINGER**

De kommunale tjenestene tok selvkritikk på dårlige henvisninger til spesialisthelsetjenesten, og fastlegene uttrykte i dialogmøtene ønske om en sjekklister for gode henvisninger til spesialisthelsetjenestene. Prosjektet har bidratt til at flere har innsett spesialisthelsetjenestens informasjonsbehov, for eksempel at skole og barnehage gjør bedre utredninger i forkant. Men

mye av puslespillet med henvisninger ligger hos fastlegene. Spesialisthelsetjenesten utviklet derfor et dokument med 5 kjennetegn på gode henvisninger. Disse 5 punktene var:

1. Feltene i henvisningsskjemaet fylles ut
2. Henvisningen beskriver konkret de problemstillinger som ønskes utredet/behandlet av BUP/HABU
3. Henvisningen inneholder en vurdering av barnets helsetilstand med konklusjon fra egne undersøkelser
4. Er det etablert ansvarsgruppe og Individuell Plan? Hvem er i så fall kontaktperson/koordinator?
5. Med samtykke fra foresatte vedlegges relevant dokumentasjon fra andre kommunale tjenester.

#### **8.3.4 ØVRIGE ENDRINGER SOM FØLGE AV PROSJEKTET**

Informasjon og kommunikasjon var sentrale tema i utfordringsbildet og gjentagende oppe til diskusjon under prosjektmøtene. Prosjektdeltakerne var opptatt av å få til en dialog om hva og hvordan bedre kommunikasjon og informasjonsflyt kunne oppnås. Økt tilgjengelighet i spesialisthelsetjenesten fremkom som viktig, og det ble diskutert og prøvd ut flere tiltak for dette; familiemøter, fast telefontid, faste kontaktpersoner. Spesialisthelsetjenesten etterlyste en bedre oversikt over hva som tilbys i kommunene for å unngå urealistiske forventninger til oppfølging og tiltak etter utredning og behandling. Dette skal familiemøtene bidra til å løse. Ettersom sømløs samhandling er avhengig av god informasjonsutveksling har dette vært sentrale grep i prosjektet.

Det kom frem et klart behov for kompetanseheving, spesielt i skole og barnehage, for å oppdage vansker tidlig, ha kunnskap om hvordan bekymring bør følges opp og hvordan problemet kan beskrives best mulig for å lage gode henvisninger. Prosjektet iverksatte derfor flere kompetansehevings tiltak underveis i prosjektperioden:

- Kurs om ADHD
- Fagdag om den vanskelige foreldresamtalen
- Opplæringsdager om koordinatorrollen, individuell plan og ansvarsgrupper
- Emnekurs om samhandling for fastleger
- Seminar om samtalemotodikk på familiemøter
- En større samhandlingskonferanse om organisering av tjenester for barn og unge med ledere både på politisk, administrativt og faglig nivå, med ansvar for tjenester relatert til barn, unge og familier i målgruppen i fylket.

Underveis i prosjektperioden er det informert om prosjektet ved en rekke konferanser, kongresser, lederforum og kurs regionalt, nasjonalt og internasjonalt. Mot slutten av prosjektperioden ble fagpersoner fra fylket invitert til et rådslagningsmøte hvor veien videre etter prosjektperioden ble diskuterte. Dette førte til at det arbeides med å implementere samhandlingsforløpet i større deler av fylket.

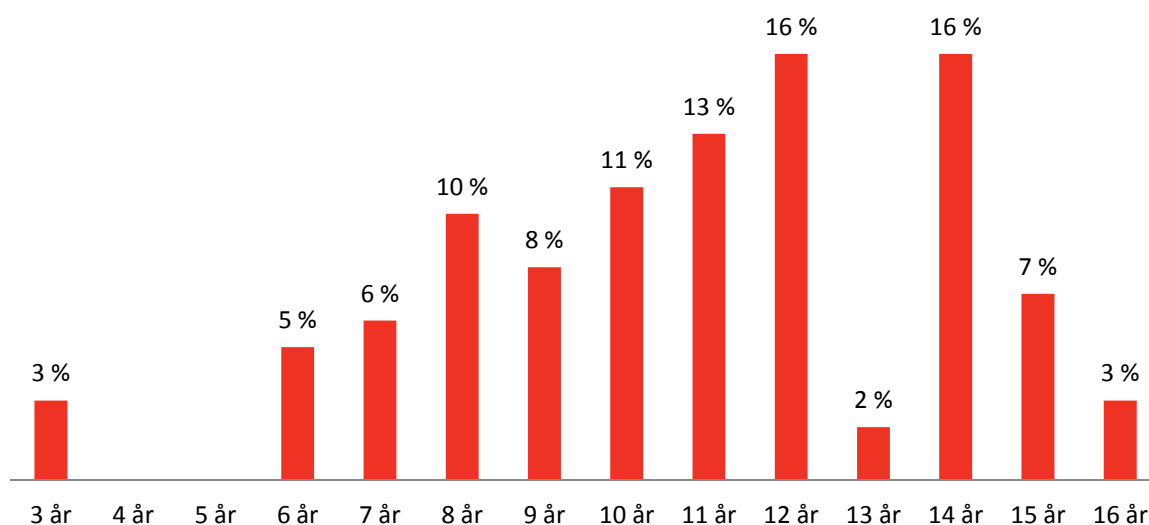
- ✓ Prosjektet har hatt ringvirkninger i tjenestene; endringer og justeringer i eksisterende rutiner, fremskyndet allerede planlagte tiltak, økt fokus på barn og unge og bedre kjennskap til hverandres tjenester og rammevilkår

- ✓ Familiemøter mellom familien, kommunen og spesialisthelsetjenesten før henvisning – innført i samtlige prosjektkommuner fikk svært gode tilbakemeldinger fra brukerne
- ✓ Utviklet sjekkliste med kjennetegn for gode henvisninger fra kommune til spesialisthelsetjeneste
- ✓ Tiltak rettet mot økt informasjonsflyt og bedre kommunikasjon som tiltak for økt tilgjengelighet og felles kompetanseheving

#### 8.4 BRUKERNES VURDERING AV FAMILIEMØTER

I forbindelse med evaluering av familiemøtene i prosjektkommunene fikk vi i løpet av 2015 tilsendt til sammen 79 utfylte vurderingsskjema. Det var stor spredning i alderen til de barn og unge som familiemøtene hadde omhandlet. De var fra 3 til 16 år, men flest var i alderen 8 til 12 år.

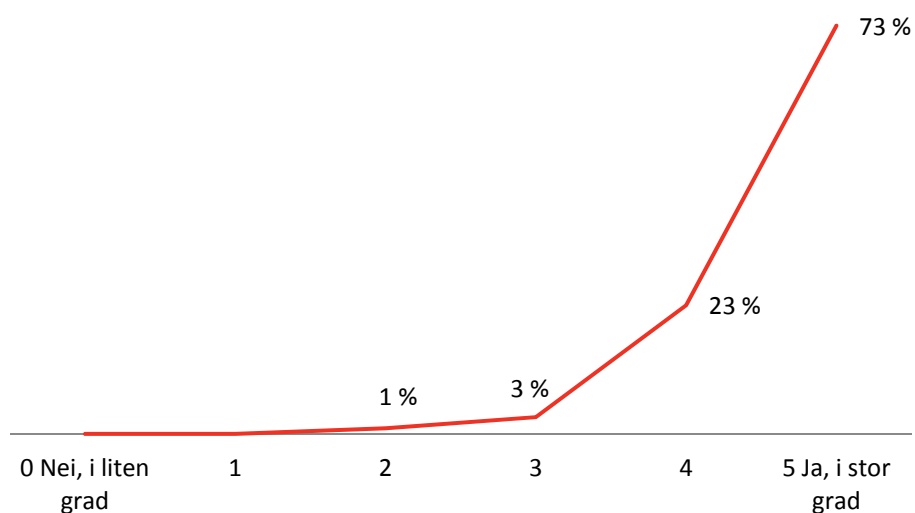
Figur 4 viser hele spredningen i aldersfordeling. I 17 av vurderingsskjemaene (21 prosent) ble ikke alder oppgitt.



**Figur 4. Aldersfordeling barn og unge oppgitt i vurderingsskjema familiemøter (N=62). Alder ble ikke oppgitt i 17 av vurderingsskjemaene. Prosent.**

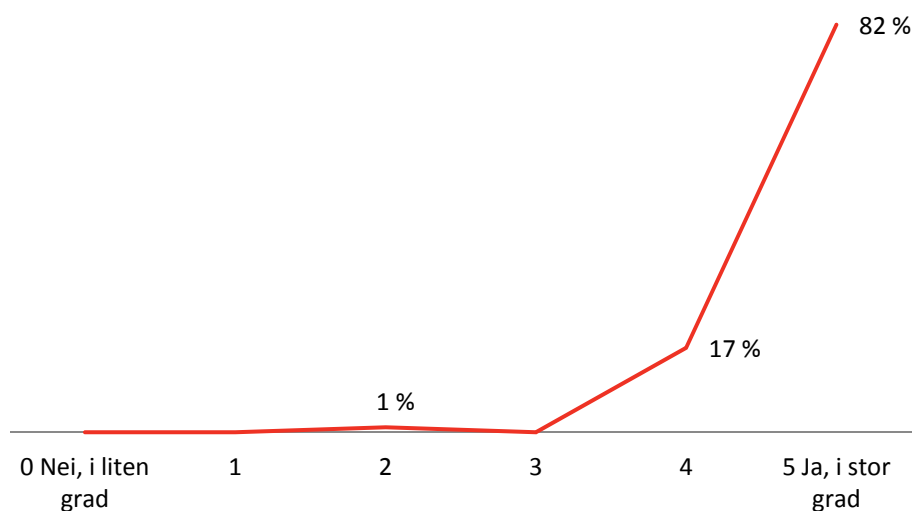
Brukerne som hadde deltatt på familiemøte ble i vurderingsskjemaet bedt om å besvare fire påstander om hvordan de opplevde familiemøte på en skala fra 0 til 5, hvor 0 tilsvarte «Nei, i liten grad» og 5 tilsvarte «Ja, i stor grad». Den første påstanden var: «Jeg ble forstått og respektert». Figur 5 viser svarfordelingen på skalaen og som vi ser svarte 73 prosent at de i stor grad opplevde at de ble forstått og respektert. Det var kun 4 prosent som opplevde i mindre grad at de ble forstått og respektert i familiemøtet.





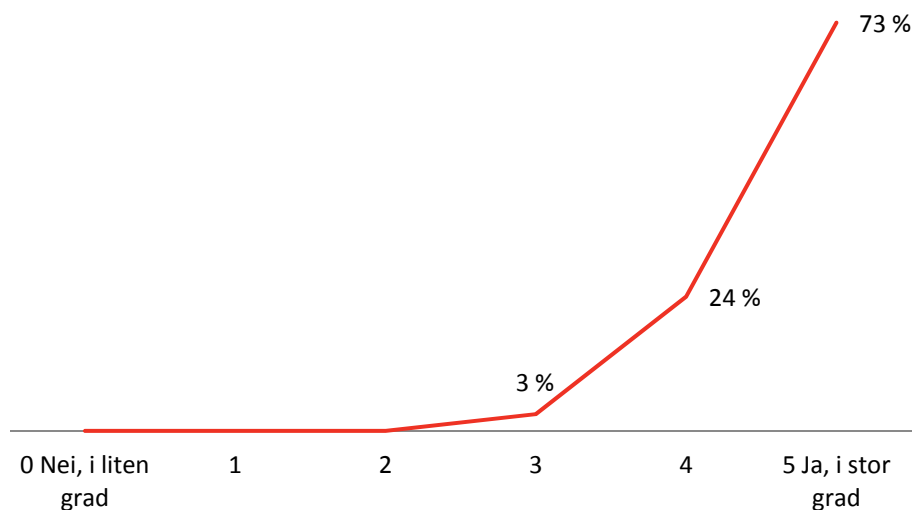
**Figur 5. Svarfordeling på spørsmål om respondentene opplevde at de ble forstått og respektert i familiemøtet (N=79). Prosent.**

Videre var vi interessert i om brukerne opplevde at familiemøtet handlet om det som de ønsket å snakke om. Figur 6 viser svarfordelingen på påstanden: «Vi snakket om det jeg ønsket å snakke om». Hele 82 prosent av brukerne opplevde i stor grad at det ble snakket om det de ønsket å snakke om på familiemøte. Sytten prosent var noe mindre enig i påstanden og krysset av for 4 på skalaen fra 0-5, mens 1 prosent krysset av for 2 på skalaen.



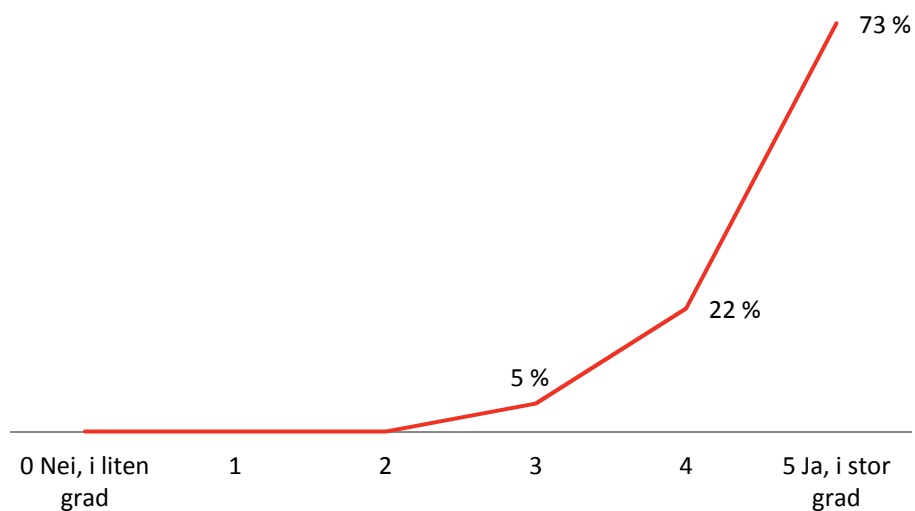
**Figur 6. Svarfordeling på spørsmål om respondentene opplevde at det på familiemøtet ble snakket om det de ønsket å snakke om (N=78). Prosent.**

Den tredje påstanden var: «Samtalen hadde en form som passet meg». Figur 7 viser at også her opplevde brukerne at familiemøtene er godt tilpasset dem og deres behov. Syttititre prosent svarte at samtalen i familiemøtet i stor grad hadde en form som passet dem. Mens 24 prosent svarte 4 og 3 prosent svarte 3 på skalaen.



**Figur 7. Svarfordeling på spørsmål om respondentene opplevde at samtalen på familiemøtet hadde en form som passet dem (N=78). Prosent.**

Den siste påstanden var: «I det store og det hele var samtalen nyttig for meg». Igjen var de aller fleste brukerne godt fornøyd med familiemøtet og opplevde at samtalen i stor grad var nyttig for dem (figur 8, 73 prosent). Her var det 22 prosent som svarte 4 på skalaen, og 5 prosent som svarte 3.



**Figur 8. Svarfordeling på spørsmål om respondentene opplevde at det samtalen på familiemøtet i det store og det hele var nyttig for dem (N=77). Prosent.**

Tilslutt i vurderingsskjemaet var det et åpent kommentarfelt. Her var det skrevet kommentarer i kun 9 av de 79 vurderingsskjemaene vi mottok.

«Alle tre var flinke til å lytte og kom med konstruktive råd til meg.»

«De ser vår situasjon, ikke for opptatt av å være bastant på en diagnose.»

«Det var et veldig nyttig og bra møte. Jeg fikk sagt alt jeg tenkte på å bekymret meg om. Fastlegen var med og fortalte hva hun mener. BUP, PPT, helsesøstre, lærer og administrasjon på skolen var med.»

«Hadde forventninger om en samtale med koordinator i forkant av møtet. Men møtet gikk bra uten.»

«Nytten føler jeg er vanskelig å uttale seg om nå. Ser fram imot oppfølgingen med spenning. (Hvordan kommer gutten til å oppleve det som måtte komme?/Hvilken nytte vil jeg se at han har av det?)»

«Positivt møte med deltakere som evnet å sette seg inn i problemstillingen, og gi råd. Godt tiltak!»

«Takk!»

«Var veldig greit»

«Veldig godt å få snakket med fagpersoner som har erfaring og kan komme med betraktninger rundt vårt "tilfelle" :)»

Samlet sett viser resultatene av brukernes vurdering av familiemøtet at de er godt fornøyd med det nye tilbudet, og at de opplever at møtene og samtalene er lagt opp ut fra deres ønsker og behov.

## 8.5 SAMORDNING AV HJELPETILBUD FOR BARN OG UNGE – SELVE FORLØPET

Forløpet «Samordning av hjelpetilbud for barn og unge», som er utviklet av arbeids-, prosjekt og styringsgruppen i Kvalitet i alle ledd, ble ferdigstilt for høring våren 2014. Høringsbrev ble sendt ut til kommunale representanter og brukerrepresentanter i styringsgruppe, prosjektgruppe og arbeidsgrupper i prosjektet, samt alle aktuelle virksomhetsledere i prosjektkommunene. Det ble også gjennomført høringsmøter i kommunene. Kommunenes representant i styrings- og prosjektgruppen fikk ansvar for å videresende høringsbrev med «Samordning av hjelpetilbud for barn og unge» som vedlegg til aktuelle kommunale ledere, samt innkalle til kommunale høringsmøter med en elektronisk gjennomgang av forløpet. Spesialisthelsetjenesten fikk tilgang til å prøve ut forløpet på helseforetakets intranettsider. I høringsprosessen ble det etterspurt tilbakemeldinger på informasjonsinnholdet i forløpet, brukervennligheten, balansegangen mellom nok nyttige informasjonslenker versus for diffuse lenker og andre innspill til forbedring av forløpet for å gjøre det mest mulig nyttig for brukerne av det.

Det kom inn en del innspill til forløpet, og forløpet ble endret i henhold til tilbakemeldinger før det ble godkjent og offentliggjort på helseforetakets og prosjektkommunenes hjemmesider. Ett år senere ble forløpet revidert, og den reviderte versjonen ble implementert høsten 2015.

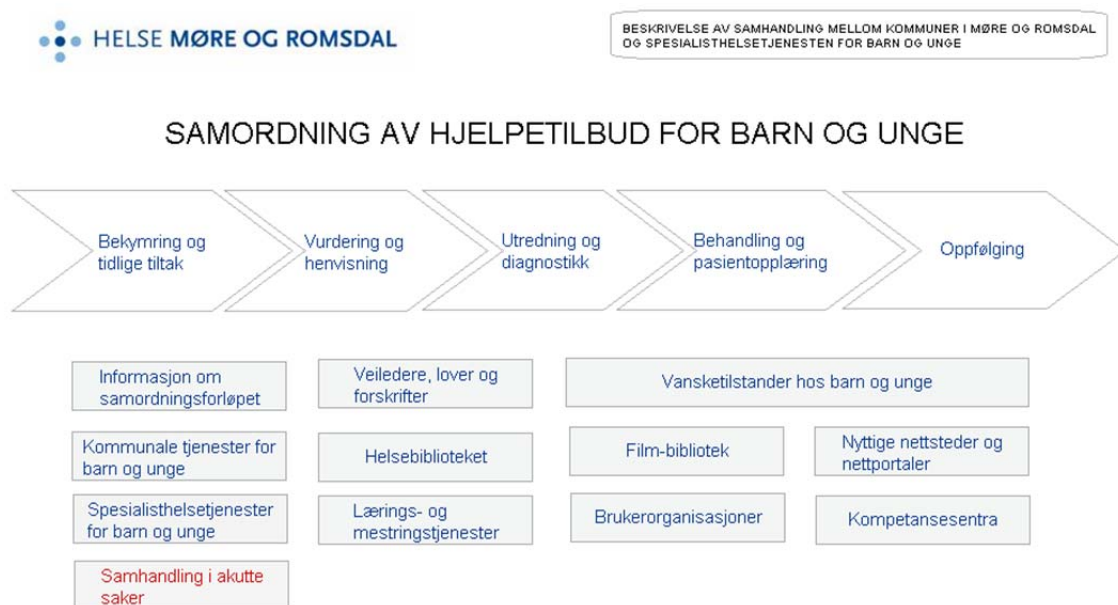
«Samordning av hjelpetilbud for barn og unge» kan deles inn i tre komponenter:

1. **Selve forløpsprosessen** med avklaring av ansvar og oppgaver i ulike faser som følger pilene i forløpet (se under).
2. **Informasjonsbokser** med lenker til fagtjenester, veiledere, vansketilstander, brukerorganisasjoner, kompetansesentra og lignende. Informasjonsboksene skal samle nyttig informasjon både for tjenesteyterne og foresatte.

3. **Familiemøtet** – et møtested mellom familie og fagpersoner i BUP og kommune for å finne frem til riktig hjelp på riktig sted til riktig tid. Familiemøtet skal gjennomføres tidlig etter at bekymring for et barn oppstår, og BUP kan delta på inntil to møter før en eventuell henvisning.

### 8.5.1 SAMHANDLINGSFORLØPET

Selve forløpsprosessen består av 5 delprosesser; bekymring og tidlige tiltak, vurdering og henvisning, utredning og diagnostikk, behandling og pasientopplæring og oppfølging (figur 9). I tillegg er det informasjonsbokser som beskriver; informasjon om forløpet, kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester for barn og unge, veiledere, lover og forskrifter, nyttig informasjon og lenker, helsebiblioteket, samhandling i akutte saker, lærings- og mestringstjenester og vansketilstander hos barn og unge.



Figur 9. Samordning av hjelpetilbud for barn og unge.

I forløpet er det gitt en oversikt over vansketilstander hos barn og unge hvor man kan klikke seg videre for å få mer informasjon om hver av vansketilstandene (figur 10).

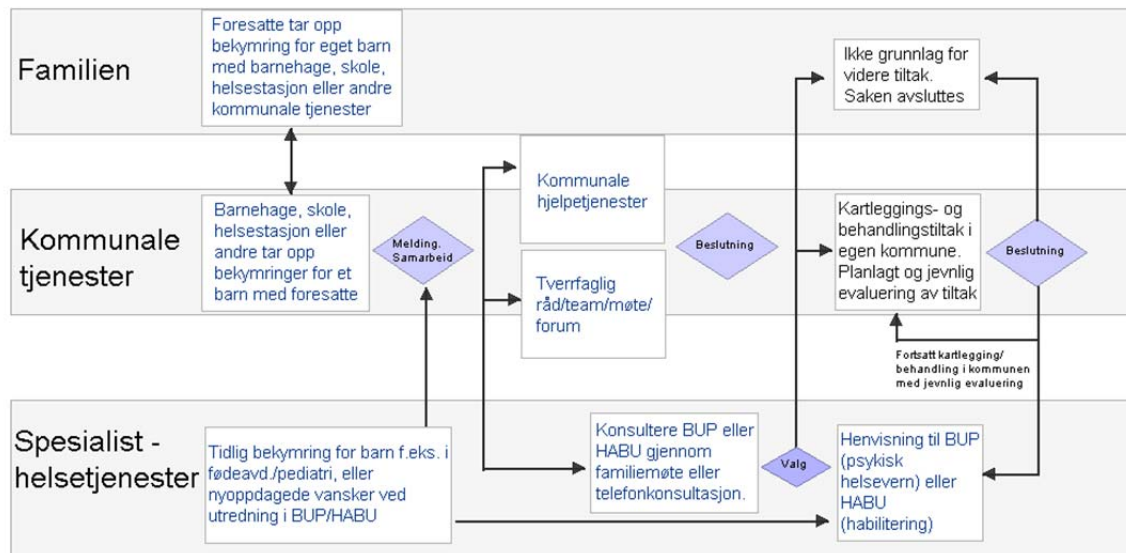


**Figur 10. Oversikt over vansketilstander hos barn og unge.**

Under hver av delprosessene i forløpet er beslutningspunkt og ansvars- og oppgavefordeling mellom de ulike tjenestene i kommunen og spesialisthelsetjenesten og familien beskrevet. Det står også beskrevet hvem og hvilke tilbakemeldinger som skal gis på ulike punkt i forløpet. Flere steder er det lagt ut dokument eller lenker som gir mer informasjon om fasene i forløpet.

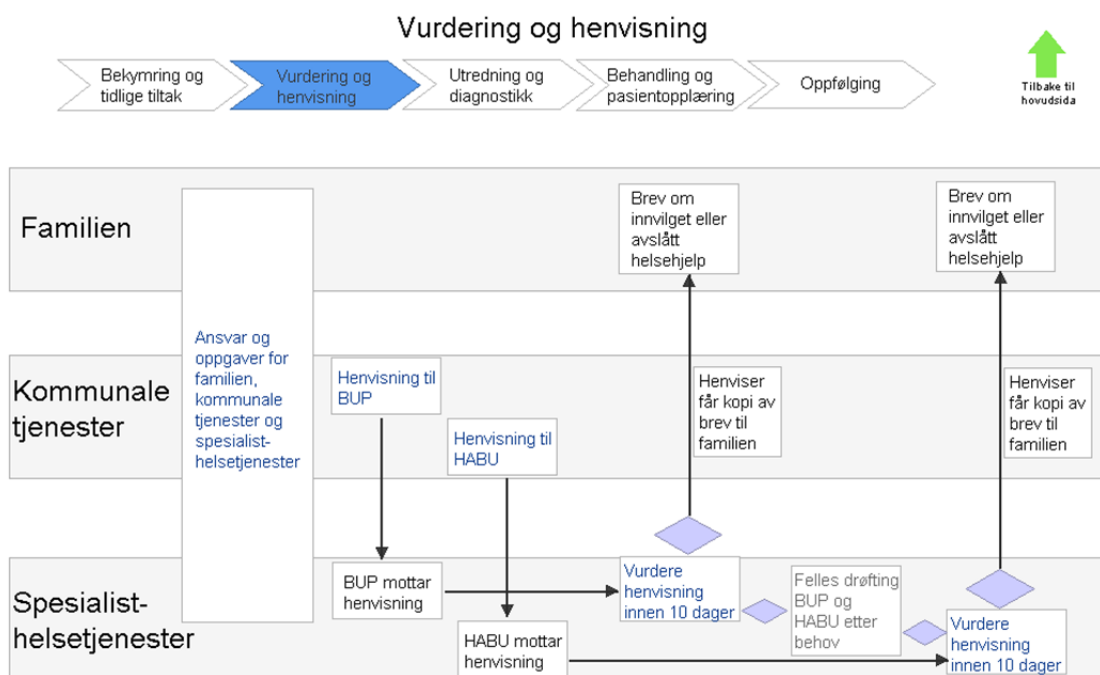
Under den første fasen, «bekymring og tidlige tiltak» (figur 11), vises gangen fra bekymring for barn og unge oppstår enten i familien, eller i tjenestesystemet, og hvordan denne skal tas videre.

### Bekymring og tidlige tiltak



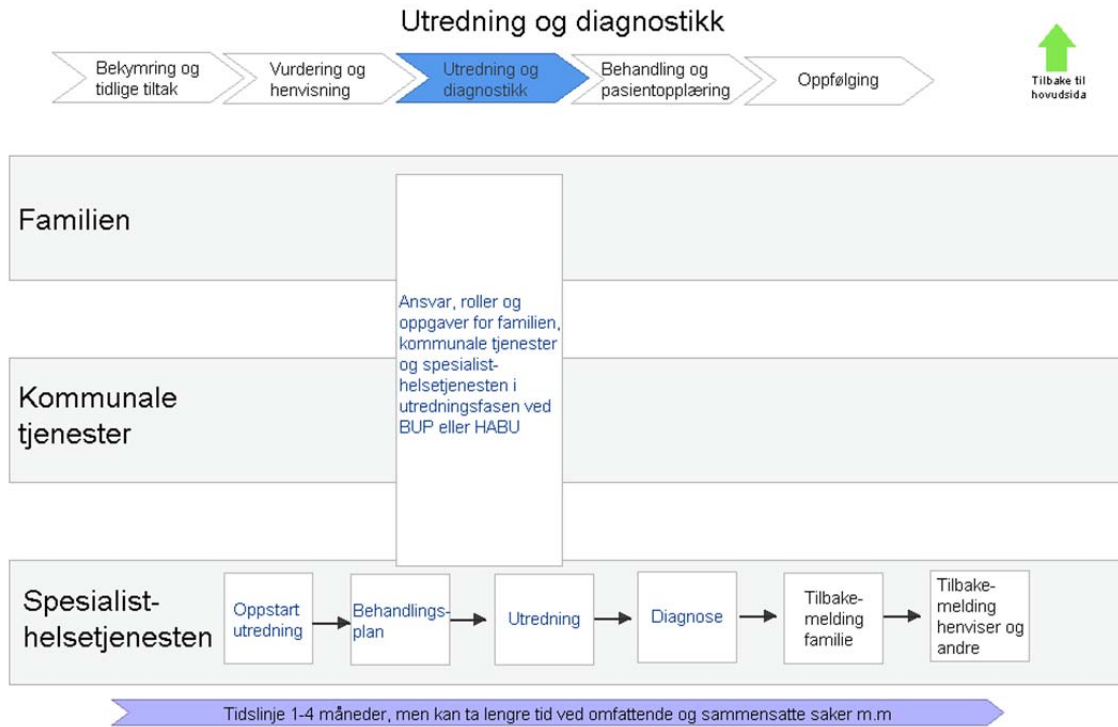
Figur 11. Oppfangingsfasen i forløpet.

Dersom ikke saken avsluttes etter vurderingene som gjøres i bekymrings og tidlig tiltaksfasen, fortsetter forløpet til vurdering og henvisning (figur 12). Denne delen av forløpet beskriver gangen med henvisning til spesialisthelsetjenesten, og når man kan forvente tilbakemelding på denne. Her beskrives ansvar og oppgaver for familien, kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester i et eget dokument. Dette skal blant annet sikre at saken følges opp, at det iverksettes nødvendige tiltak raskt og at spesialisthelsetjenesten får gode henvisninger.



**Figur 12. Vurdering og henvisningsfasen i forløpet.**

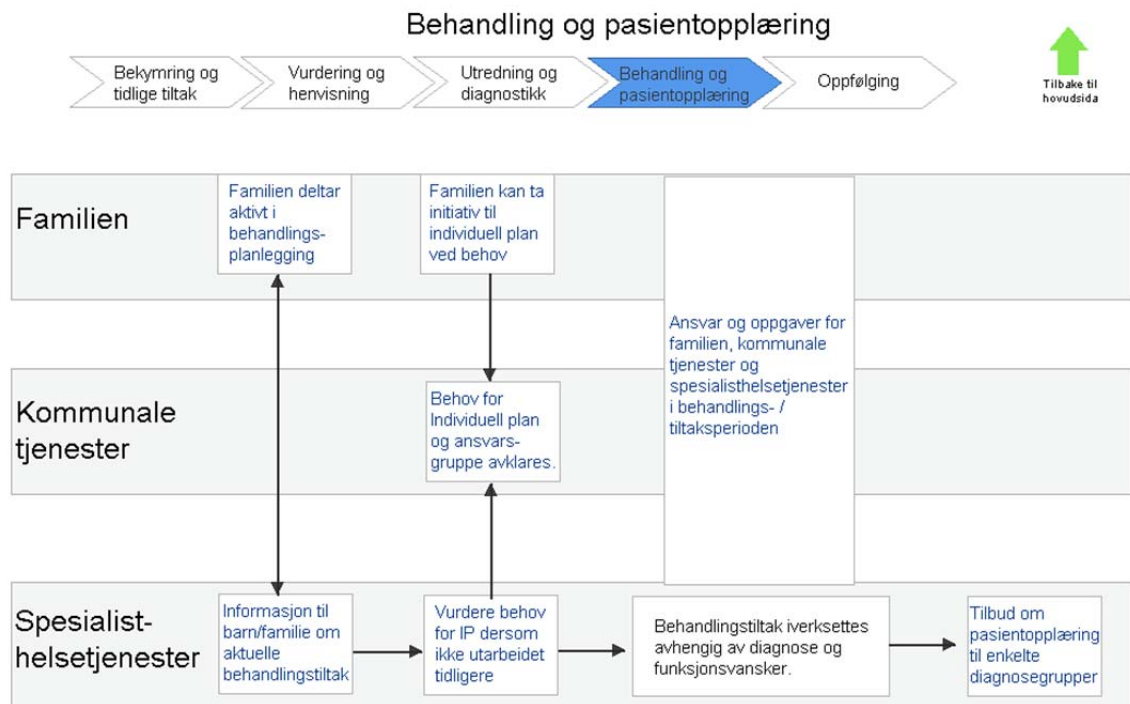
For barn og unge som får brev om innvilget helsehjelp går ferden videre til utredning og diagnostikk. I denne fasen beskriver forløpet delprosessene ved utredningen, forventet tidsforløp og gir ytterligere informasjon om diagnostikk (figur 13). Også her ligger et dokument som gir en detaljert beskrivelse av ansvar og oppgaver for hver av partene i denne fasen.



**Figur 13. Utredning og diagnostikkfasen i forløpet.**

Etter diagnostisering følges barn og unge opp i behandlings og pasientopplæringsfasen (figur 14). Her beskrives det hvordan man sammen kommer frem til behandlingstiltak og det gis tilbud om pasientopplæring. I denne fasen ligger det informasjon om familienes rettigheter, og flere direktelenker til relevante nettsider hos NAV. Igjen beskrives ansvar og oppgaver for hver enkelt under denne fasen.

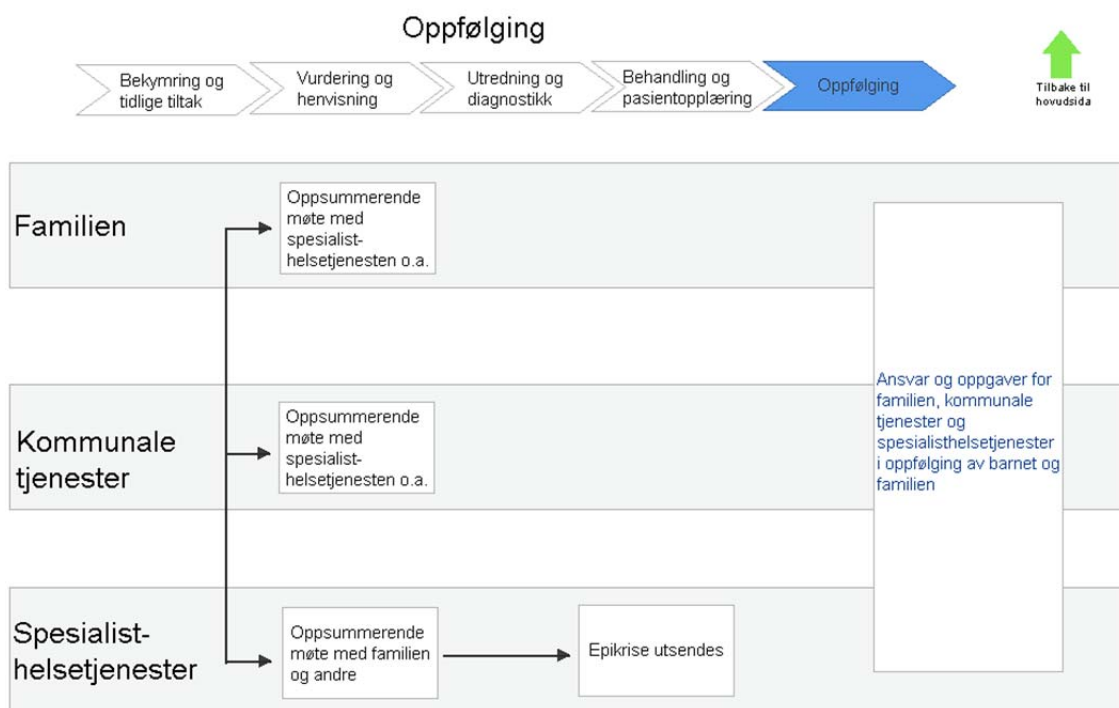




**Figur 14. Behandlings og pasientopplæringsfasen i forløpet.**

Når saken skal avsluttes i spesialisthelsetjenesten skal det gjennomføres et oppsummerende møte med familien og aktuelle kommunale tjenester (figur 15). På oppsummeringsmøte skal det planlegges oppfølgingstiltak og ansvar for disse fordeles. Etter møtet sender spesialisthelsetjenesten ut epikrise til familiene, henviser, samt til eventuelle andre samarbeidende tjenester innen 7 dager etter at saken avsluttes.

Etter utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten vil mange barn og unge og deres familier ha behov for oppfølging over lang tid. Forløpet avsluttes derfor med et dokument som beskriver ansvar og oppgaver også etter at saken er avsluttet i spesialisthelsetjenesten. Her har alle tjenestene ansvar for å delta i ansvarsgrupper og tilby nødvendig oppfølgingstiltak etter behov.



**Figur 15. Oppfølgingsfasen i forløpet.**

Under informasjonsboksene ligger en rekke dokumenter og lenker samlet under tematiske overskrifter. Disse skal gjøre det enkelte å hente ut den informasjonen man søker. Figur 16 viser et eksempel på denne inndelingen i boksen Veiledere, lover og forskrifter.

Lover og forskrifter		Veiledere	
Pasient- og brukerrettighetsloven	Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator	Prioriteringsveileder, psykisk helsevern for barn og unge	ADHD - nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging
Helse- og omsorgstjenesteloven	Rundskriv. Helse og omsorgstjenesteloven Kap. 9, bruk av makt og tvang	Prioriteringsveileder for habilitering av barn og unge	Autismespekterforstyrrelser. Regional retningslinje for utredning og diagnostisering
Spesialisthelsetjenesteloven	Veileder om helsetjenester for asylsøkere og flyktninger	Veileder, psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene	Psykospekterlidelser hos unge. Veileder for utredning
Psykisk helsevernloven	Lov om grunnskolen og vg. opplæring, kap. 5 om spesialundervisning	Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge	Veileder om taushetsplikt og samhandling i kommunalt arbeid for barn-ungdom-familier, KS
Helsepersonelloven		Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator	Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer
Lov om barneverntjenester		Seksuelle overgrep mot barn. Veileder for hjelpeapparatet	Samarbeid mellom barnevern og psykiske helsetjenester

**Figur 16. Tematisk inndeling av informasjon og lenker under «Veiledere, lover og forskrifter».**

- ✓ Samhandlingsforløpet er delt inn i 5 delprosesser; bekymring og tidlige tiltak, vurdering og henvisning, utredning og diagnostikk, behandling og pasientopplæring og oppfølging
- ✓ Under hver av delprosessene beskrives familien, kommunale tjenester og spesialisthelsetjenestenes ansvars- og arbeidsoppgaver
- ✓ I tillegg består verktøyet av en rekke informasjonsbokser om; samhandlingsforløpet, kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester for barn og unge, veiledere, lover og forskrifter, nyttig informasjon og lenker, helsebiblioteket, samhandling i akutte saker, lærings- og mestringstjenester, ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse og autismespekterforstyrrelser

## 8.6 «HANDLING ENDRER HOLDNINGER» – IMPLEMENTERING AV NY PRAKSIS

Det var knyttet store bekymringer til implementeringsfasen blant prosjektdeltakerne før prosjektperioden ble avsluttet. Man ønsket at prosjektperioden ble forlenget slik at man kunne opprettholde en prosjektorganisasjon for å holde trykket på forløpet eller at man fikk til å skape en arena for alle som arbeider med barn og unge og ha en overordnet ansvarlig for dette og disse tjenestene. Det var også bekymring knyttet til hvorvidt overgangen fra prosjekt til ordinær drift ville redusere prosjektdeltakernes eierforhold til forløpet.

Skriftlig informasjon om atferdsendring skaper sjeldent endring, og behovet for tett oppfølging av praksis ble ansett som avgjørende. Men hvem som skulle ha ansvar for denne oppgaven var ikke like tydelig.

*«Handlinger endrer holdninger – man må gjøre det for å få det til – dette har fungert i familiemøtene hvor det var skepsis i forkant, nå er alle veldig positive.»*

### Hvem skal ta ansvar?

Flere talte for at kommunene måtte være forpliktet til å bruke forløpet og pålegge tjenesteutøverne det samme. Dette måtte gjøres gjennom forankring på høyeste nivå.

*«Hvordan skal en tjenesteleder få andre tjenesteledere på samme nivå til å endre praksis?»*

Etter at forløpet var offentliggjort ble det gjennomført kommunemøter i alle prosjektkommunene hvor alle fra høyeste nivå og ned på tjenestenivå ble invitert. Her ble forløpet presentert og diskutert. Under presentasjonen ble følgeforskningen av prosjektet presentert og det ble informert om at sluttevalueringen høsten 2015 ville undersøke hvorvidt forløpet var implementert etter hensikten i tjenestene.

## 8.7 OPPSUMMERING AV ENDRINGER OG UTFALL AV PROSJEKTET

### 8.7.1 FAMILIEMØTER OG HENVISNINGER

Felles tverrfaglige møtearenaer som tverrfaglig råd, tverretatlig møte eller ressursmøter for diskusjoner og informasjonsutveksling, kan være et godt utgangspunkt for samarbeid og samhandling mellom ulike instanser. I en evaluering av prosjektet Sammen for barn og unge – bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge, finner NOVA at det å få felles møter til å bli meningsfulle, konstruktive og til å gi bedre tilbud til brukerne, er en utfordring og avgjørende for om de fremmer samhandling (Winsvold, 2011). Dette kom også frem i evalueringen av Kvalitet i alle ledd. Ved oppstart av prosjektet hadde alle prosjektkommunene tverrfaglige møter, men det var svært varierende hvor godt fagpersonene i tjenestene opplevde at disse fungerte. I løpet av prosjektperioden «ryddet» kommunene opp i egne tverrfaglige møtefora for å gjøre dem mer nyttige for tjenestene og brukerne.

God kommunikasjon og informasjonsutveksling er forutsetninger for samhandling. Henvising og epikrise er den kommunikasjons- og informasjonsutvekslingsformen som vanligvis utøves

mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Men utfordringer med å beskrive en bekymring godt nok i en henvisning, kan føre til feilprioriteringer og forlengede ventetider. I samsvar med tidligere forskning fremkom det også her at spesialisthelsetjenesten opplever gode henvisninger som en mangelvare (Jacobsen, 2013). I Indre Salten er dette problemet forsøkt løst gjennom dialog som alternativ henvisning (Eldøen, 2013). De har innført et familiemøte hvor familien møter helsestasjon, skolehelsetjeneste, skole, barnehage, PP-tjeneste og BUP for å diskutere en bekymring for et barn. Møtet følger en fast struktur og intensjonen er at det skal styrke brukerinnflytelsen, fremme samhandlingen, være et lett og tilgjengelig tilbud og en god måte å starte et pasientforløp på (Eldøen, 2013). I Kvalitet i alle ledd er det tatt flere grep for å bedre kommunikasjonen og informasjonsflyten utover utviklingen av selve samhandlingsforløpet. Blant annet har man lett etter løsninger for å gjøre tjenestene mer tilgjengelige for hverandre, med for eksempel fastsatte telefontider. Det er også utviklet en slags sjekkliste for gode henvisninger med 5 punkt som må oppfylles i en god henvisning. Men det største grepet etter forløpet er innføring av slike familiemøter i alle prosjektkommunene.

Før familiemøtene ble innført ble de møtt med skepsis og motstand blant deler av tjenesteyterne. Etter at de ble innført har prosjektet kun høstet lovord for ordningen. I noen av kommunene ble familiemøtene raskt fullbooket og både tjenesteyterne og brukerne var positive til ordningen. Vurderingen som er gjort av brukerne av familiemøtet viser at tjenesteyterne lykkes med å skape et møte som er for familien, hvor familien føler seg hørt og en samtale som oppleves som nyttig for dem. Prosjektkommunene har brukt familiemøtene i saker hvor utfordringer og vansker hos barn ned i 3 årsalderen diskuteres. Fremdeles fremstår det imidlertid slik at det er flest familiemøter om barn fra 10-12 år og oppover, og dette kan være en arena og satse ytterligere på tidlig innsats rettet mot de yngste.

### **8.7.2 KOMPETANSE**

Økt kompetanse i de kommunale tjenestene for barn og unge er svært viktig for tidlig oppfangning og oppfølging av bekymringer (Kaurstad, Bachmann, Bremnes og Groven, 2015). Skole og barnehage ser barn og unge mest, og kompetanse på identifisering av vansker er her spesielt viktig. Gjennom Kvalitet i alle ledd er det gjennomført en rekke kompetansehevingstiltak. Kurs, fagdager, opplæringsdager og konferanser har vært rettet mot brede målgrupper for samtidig å skape en møtearena på tvers av tjenester.

### **8.7.3 IMPLEMENTERING**

Utvikling og implementering av omfattende prosjekt i organisasjoner følger ikke lineære prinsipper, og utfordringene vokser med tanke på at dette er et inter-organisatorisk prosjekt. Utvikling og implementering vil avhenge av hvordan ulik organisering, kultur, oppgaver, handlingsstrukturer og beslutningshistorie håndteres og imøtekommer de nye rutine.

#### 8.7.4 FORLØPET «SAMORDNING AV HJELPETILBUD FOR BARN OG UNGE» OG SAMHANDLING

Når det kommer til samarbeid om tjenester for barn og unge kan man peke på en rekke suksessfaktorer som; forpliktende og organisatorisk forankring, tydelig ledelse, leder eller koordinatorfunksjon, tilrettelegging av økonomiske hensyn, felles verktøy og metoder og felles holdninger og kultur (Kaurstad, Bachmann, Bremnes og Groven, 2015, Norvoll et al, 2006). I Kvalitet i alle ledd har prosjektledelsen vært opptatt av å ivareta disse punktene. Det er lagt vekt på at de ulike tjenestene ser seg selv som en del av et samlet og helhetlig oppdrag i tjenesteytelsen til utsatte barn og unge. Dette forutsetter en felles forståelse av hva som er gode tjenester og at man kan samles om felles mål for behandling og oppfølging. Gjennom prosjektprosessen har det vært likeverdighet og samhold rettet mot en felles målsetting. Dette har ført til at forløpet som er utviklet tar hensyn til alle aktører på veien mot å gi bedre tjenester til utsatte barn og unge. Enighet om hva som har vært og er utfordringsbildet har gjort denne prosessen god.

Statens helsetilsyn har trukket frem noen forhold for Helse- og omsorgsdepartementet som er knyttet til svikt forbundet med samhandling:

- Mangelfull kunnskap om øvrige tilbud
- Manglende eller mangelfull informasjonsflyt
- Ikke avklart eller ikke tydelig arbeidsdeling, uavklarte ansvars- og myndighetsforhold
- Manglende kommunal oppfølging etter utskrivning fra institusjon
- Oppsplittet organisering

Samhandling vil oppstå når spesialisthelsetjenesten og kommunale hjelpeinstanser deltar i felles prosesser om brukere/pasienter. Dette gjelder samhandlingen både innad i kommuner, mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten og innad i spesialisthelsetjenesten. Dette kan for eksempel være når en av tjenestene eller instansene varsler den andre part, det kan være samhandling om behandling av pasienter eller det kan være samhandling om opplæring av ansatte.

Det er tidligere vist at deltakelse i prosjektbasert arbeid kan bidra til å stille krav om prioritering av utsatte barn og unge ovenfor kommunens politiske og administrative ledelse og sette tjenesteområder for barn og unge på dagsordenen (Kaurstad, Bachmann, Bremnes og Groven, 2015).

- ✓ I løpet av prosjektperioden har kommunene "ryddet" opp i egne tverrfaglige møtefora for å gjøre dem mer nyttige for tjenestene og brukerne.
- ✓ Det er tatt flere grep for å bedre kommunikasjonen og informasjonsflyten utover selve samhandlingsforløpet. Det største grepet etter forløpet er innføring av familiemøter
- ✓ Brukernes vurderinger av familiemøtet viser at tjenesteyterne lykkes med å skape et møte hvor familien føler seg hørt og som oppleves som nyttig for dem

- ✓ Det er gjennomført en rekke kompetansehevingstiltak. Kurs, fagdager, opplæringsdager og konferanser har vært rettet mot brede målgrupper for å skape møtearena på tvers av tjenester
- ✓ Målet er at de ulike tjenestene ser seg selv som en del av et samlet og helhetlig oppdrag. Gjennom prosjektprosessen har det vært likeverdighet og samhold rettet mot en felles målsetting.

---

## 9 IMPLEMENTERING AV SAMHANDLINGSFORLØPET

---

I evalueringen av implementeringsprosessen ble det gjennomført en spørreskjemaundersøkelse som baserte seg på og ble utviklet innenfor teorien om normaliseringsprosesser. Sentrale tema var blant annet hvordan respondentene opplever og følger opp endringer som er fremkommet i prosjektprosessen og hvordan eventuelle nye arbeidsmetoder og rutiner følges opp i de ulike tjenestene. Vi har også vært interessert i hvordan samhandlingsforløpet som er utviklet i prosjektet er implementert i tjenestene og på tjenestenivåene, og hvorvidt dette er tatt i bruk i ordinær praksis. Videre har vi undersøkt om de ansatte i tjenestene for barn og unge opplever at de har nok kunnskap om samhandlingsforløpet, hvordan de opplever at samarbeidet med de andre tjenestene påvirkes av samhandlingsforløpet og om de opplever at samhandlingsforløpet bidrar til et bedre tilbud og oppfølging av utsatte barn og unge. Det vil si i hvilken grad de synes at barn og unge som har behov for tverrfaglig hjelp får det.

### 9.1 OM RESPONDENTENE

Totalt 125 personer besvarte spørreskjemaundersøkelsen. Av disse arbeidet 24 prosent med ledelse og/eller oppfølging av implementering og bruk av samhandlingsforløpet og 70 prosent arbeidet med å levere/yte tjenester som beskrives i samhandlingsforløpet. Det var 6 prosent som svarte at de arbeidet med noe annet enn disse to alternativene.

Til sammen 81 prosent av respondentene hadde sitt arbeidssted ved en av de fire prosjektkommunene, 16 prosent arbeidet i helseforetaket. Om lag 3 prosent svarte annet arbeidssted, dette var respondenter som arbeidet i interkommunale tjenester tilknyttet flere kommuner.

Respondentene ble bedt om å kategorisere sin stilling innen to kategorier: "leder" eller "medarbeider uten lederansvar". Det var 59 prosent som oppga at de ikke hadde lederansvar, mens 41 prosent kategoriserte sin stilling som leder.

Videre spurte vi respondentene hvilken tjeneste eller rolle de hadde ved sitt arbeidssted. Tabell 3 viser fordelingen mellom respondentene.

**Tabell 3. Respondentenes tjeneste eller rolle ved deres arbeidssted.**

<b>Tjeneste/rolle</b>	<b>Prosentandel</b>
Skole	31,5
Barnehage	13,7
Helsestasjon og/eller skolehelsetjeneste	11,3
BUP	11,3
Barneverntjenesten	8,9
PPT	6,5
Legetjenesten	6,5
HABU	5,6
Administrasjon/ledelse i kommune/helseforetak	4,8

De fleste hadde arbeidet ved sitt nåværende arbeidssted i mange år. Over halvparten (59 prosent) hadde arbeidet ved arbeidsstedet i mer enn 5 år. Tretti prosent hadde arbeidet der i mer enn 15 år. Rundt 10 prosent hadde arbeidet ved sitt nåværende arbeidssted i mindre enn 1 år.

Av respondentene som besvarte spørreskjemaundersøkelsen hadde 20 prosent deltatt i enten styrings-, prosjekt eller arbeidsgruppene i prosjektet Kvalitet i alle ledd. Når vi så nærmere på hvordan dette fordelte seg mellom arbeidssted. Blant respondentene fra helseforetaket var det 47 prosent som hadde deltatt i en av gruppene i prosjektet. Blant respondentene fra kommunene, var det bare 16 prosent som hadde deltatt i gruppene i prosjektet. Respondentene fra helseforetaket har slik vært tettere på samhandlingsforløpet. Dette kan ha gitt bedre kjennskap og dermed også bedre forutsetninger for å ta forløpet i bruk.

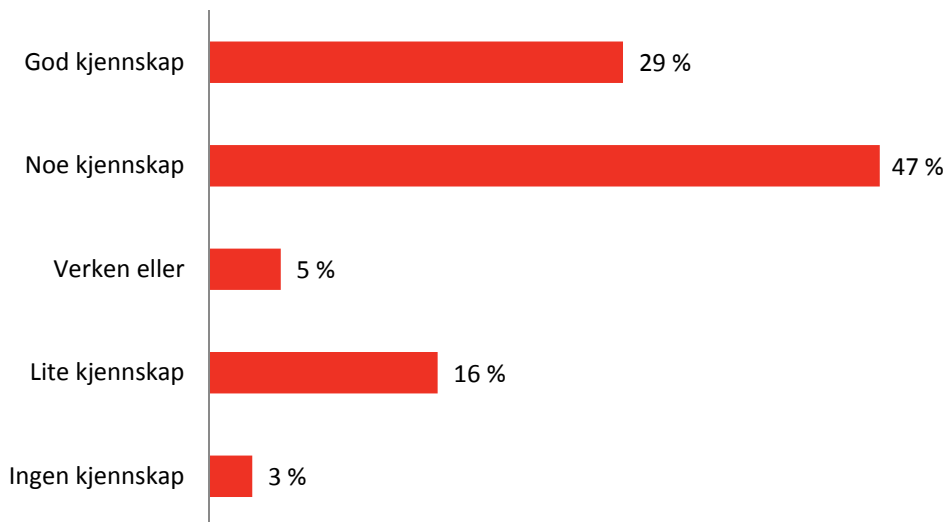
## **9.2 BRUK AV SAMHANDLINGSFORLØPET**

I spørreskjemaet ble samhandlingsforløpet delt inn i tre hovedkomponenter: 1) selve forløpsprosessen, 2) informasjonsbokser og 3) familiemøtet. Hensikten med inndelingen var å få bedre innblikk i hvilke deler av samhandlingsforløpet respondentene kjente til og benyttet seg av i sitt arbeid.

### **9.2.1 FORLØPSPROSESSEN**

Mer enn 3 av 4 (76 prosent) av respondentene svarte at de hadde kjennskap til forløpsprosessen (figur 17). Kun 3 prosent svarte at de ikke hadde noen kjennskap til forløpsprosessen.



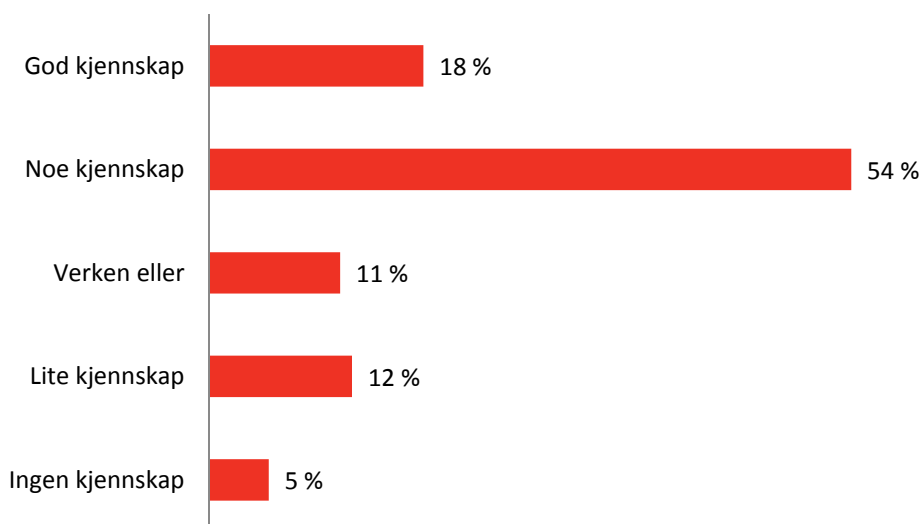


**Figur 17. Kjennskap til forløpsprosessen (n=122).**

Noe over halvparten av respondentene (54 prosent) hadde selv brukt forløpsprosessen i sitt arbeid. De som hadde brukt forløpsprosessen i sitt arbeid ble deretter spurt om de opplevde at forløpsprosessen hadde vært til nytte for deres arbeid med barn og unge. Hele 78 prosent var helt enig eller enig i dette, mens 22 prosent var verken enig eller uenig.

### 9.2.2 INFORMASJONSBOKSENE

Syttito prosent av respondentene hadde kjennskap til informasjonsboksene i samhandlingsforløpet (figur 18). Det var kun 5 prosent som svarte at de ikke hadde noen kjennskap til informasjonsboksene.

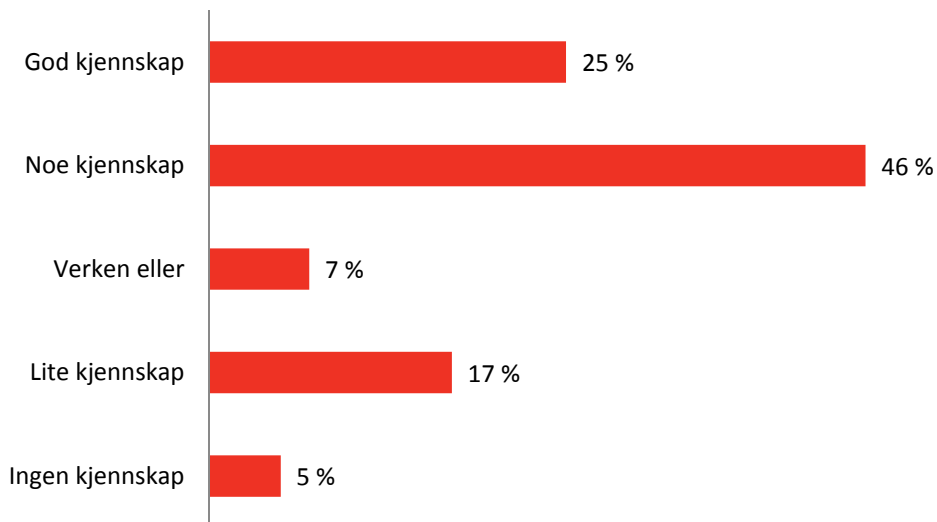


**Figur 18. Kjennskap til informasjonsboksene i samhandlingsforløpet (n=122).**

En noe lavere andel hadde brukt informasjonsboksene i samhandlingsforløpet i sitt arbeid, sammenliknet med andelen som svarte at de hadde brukt forløpsprosessen (henholdsvis 49 mot 54 prosent). Av de som hadde brukt informasjonsboksene i samhandlingsforløpet i sitt arbeid, var 80 prosent helt enig eller enig i at informasjonsboksene opplevdes som nyttig for deres arbeid med barn og unge. Tjue prosent svarte verken enig eller uenig.

### 9.2.3 FAMILIEMØTET

Til sammen 71 prosent av respondentene svarte at de hadde kjennskap til familiemøtet (figur 19). Det var kun 5 prosent som svarte at de ikke hadde noen kjennskap til familiemøtet.



Figur 19. Kjennskap til familiemøtet (n=123).

Færre hadde brukt familiemøtet i sitt arbeid, sammenliknet med forløpsprosessen og informasjonsboksene (henholdsvis 39 prosent mot 49 og 54 prosent). Dette tallet påvirkes av at det ikke er alle tjenesteaktører som benytter seg av familiemøtet. Av de som brukte familiemøtet var 87 prosent helt enig eller enig i at familiemøtet opplevdes som nyttig i deres arbeid med barn og unge. Det var 13 prosent som svarte at de var verken enig eller uenig i dette.

### 9.2.4 SAMHANDLINGSFORLØPET SAMLET SETT

Totalt 61 prosent av respondentene svarte at de hadde brukt en eller flere av komponentene i samhandlingsforløpet i sitt arbeid. De 39 prosentene som svarte at de ikke hadde brukt en eller flere av komponentene i samhandlingsforløpet i sitt arbeid, ble sendt direkte til slutten av spørreskjemaundersøkelsen.

Vi ønsket å se om deltakelse i styrings-, prosjekt- eller arbeidsgruppene i Kvalitet i alle ledd hadde påvirket bruken av samhandlingsforløpet. Av respondentene var det 20 prosent som hadde deltatt i en av gruppene i prosjektet. Ved å skille de som hadde deltatt i en av gruppene i prosjektet fra resten av respondentene, fant vi at 64 prosent svarte at de har brukt en eller flere av komponentene i samhandlingsforløpet i sitt arbeid. For de av respondentene som IKKE hadde deltatt i noen av gruppene i prosjektet, var det 60 prosent som svarte at de har brukt en eller flere av komponentene i samhandlingsforløpet i sitt arbeid. Det var altså ingen forskjell i bruk av

samhandlingsforløpet mellom respondentene som hadde deltatt i gruppene i Kvalitet i alle ledd og de resterende respondentene.

Videre undersøkte vi om det var store forskjeller i bruk av samhandlingsforløpet blant respondenter fra helseforetaket og fra kommunene. Det var noe større prosentandel av respondentene fra helseforetaket enn fra kommunene som oppga at de brukte en eller flere av komponentene i samhandlingsforløpet i sitt arbeid, men forskjellen mellom gruppene var små.

### **9.3 KJENNSKAP TIL OG BRUK AV SAMHANDLINGSFORLØPET I HELSEFORETAKET OG I KOMMUNENE**

Under er en oversikt over kjennskap til og bruk av de tre komponentene i samhandlingsforløpet fordelt i svar fra ansatte i helseforetaket og fra ansatte i kommunene. Det er stor forskjell i antall respondenter i hver av gruppene. Resultatene kan derfor ikke brukes til direkte sammenligning, men de kan antyde en tendens i materialet.

#### **9.3.1 FORLØPSPROSESSEN**

Blant respondentene fra helseforetaket svarte hele 94 prosent at de hadde kjennskap til forløpsprosessen, og 72 prosent at de brukte denne i sitt arbeid. I kommunen hadde en lavere andel av respondentene kjennskap til forløpsprosessen (73 prosent), og rundt halvparten (53 prosent) svarte at de brukte forløpsprosessen i sitt arbeid. Like stor andel av respondentene fra helseforetaket og respondentene fra kommunene som brukte forløpsprosessen opplevde at den var til nytte for deres arbeid med barn og unge (77 og 78 prosent).

#### **9.3.2 INFORMASJONSBOKSENE**

Det var også størst andel av respondentene fra helseforetaket som svarte at de hadde kjennskap til informasjonsboksene i forløpet (90 prosent) og som brukte disse i sitt arbeid (63 prosent). Det var noe færre respondenter fra kommunen som svarte at de hadde kjennskap til og som brukte informasjonsboksene enn forløpsprosessen (henholdsvis 68 mot 73 prosent, og 47 mot 53 prosent). Blant de som hadde brukt informasjonsboksene i sitt arbeid opplevde nærmere 80 prosent fra helseforetaket og fra kommunene at disse var nyttig for deres arbeid med barn og unge.

#### **9.3.3 FAMILIEMØTET**

Det var flere av respondentene fra helseforetaket som hadde kjennskap til familiemøtet enn det var blant respondentene fra kommunene (henholdsvis 83 og 68 prosent). Derimot var det en større andel av respondentene fra kommunene enn fra helseforetaket som hadde brukt eller deltatt i familiemøtet i sitt arbeid (henholdsvis 41 og 29 prosent). Sett i sammenheng med de to andre komponentene i samhandlingsforløpet er det langt færre som har brukt eller deltatt i familiemøtet, noe som er naturlig da det ikke er like relevant for alle tjenester å delta i disse møtene. Noe flere av de ansatte i kommunen enn i helseforetaket som har brukt eller deltatt på familiemøtet opplevde møtet som nyttig for deres arbeid med barn og unge (henholdsvis 88 mot 80 prosent).

### 9.3.4 BRUK AV SAMHANDLINGSFORLØPET OG KOMPONENTENE I ULIKE TJENESTER

Tabell 4 gir en oversikt over bruk av samhandlingsforløpet og hver av de enkelte komponentene i forløpet blant respondenter fra de ulike tjenestene. Fordelt på hver av tjenestene blir gruppene små og derfor svært utsatt for ekstreme verdier. Det er også stor variasjon i hvor store gruppene er, noe som gjør at resultatene IKKE skal benyttes til å sammenligne tjenester, men kan si noe om tendensen til bruk i de ulike tjenestene. Videre minner vi om at det er mulig at flere av de som kjenner til og bruker samhandlingsforløpet har valgt å besvare spørreskjemaundersøkelsen enn de som ikke kjenner til eller bruker forløpet. Dette vil i tilfelle også ha innvirkning på resultatene.

**Tabell 4. Bruk av samhandlingsforløpet og komponentene i forløpet i de ulike tjenestene. Prosentandel av respondenter i hver tjeneste som har svart "ja" på bruk av samhandlingsforløpet og på de ulike komponentene i forløpet.**

Tjeneste	Har du selv brukt en eller flere av komponentene i samhandlingsforløpet i ditt arbeid? (prosentandel "ja")	Har du selv brukt forløpsprosessen i ditt arbeid? (prosentandel "ja")	Har du selv brukt informasjonsboksene i forløpet i ditt arbeid? (prosentandel "ja")	Har du selv brukt eller deltatt i familiemøte i ditt arbeid? (prosentandel "ja")
BUP (n=14)	85	92	64	46
HABU (n=7)	67	57	57	14
Skole (n=39)	65	54	51	26
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste (n=14)	62	64	43	64
Barneverntjenesten (n=11)	60	50	46	40
Legetjenesten (n=8)	57	38	50	75
Barnehage (n=17)	53	47	41	47
PPT (n=8)	50	38	50	38
Administrasjon og ledelse (n=6)	17	17	33	0

\* Har du selv brukt en eller flere av komponentene i samhandlingsforløpet i ditt arbeid?, \*\* Har du selv brukt forløpsprosessen i ditt arbeid?, \*\*\* Har du selv brukt informasjonsboksene i forløpet i ditt arbeid?, \*\*\*\* Har du selv brukt eller deltatt i familiemøte i ditt arbeid?

### 9.3.5 HVORDAN BRUKES SAMHANDLINGSFORLØPET I PRAKSIS

De som hadde brukt en eller flere komponenter av samhandlingsforløpet i sitt arbeid, ble bedt om å krysse av på en liste for hvordan de bruker samhandlingsforløpet. Andelen som har krysset av for hvert av alternativene er vist i figur 20.



**Figur 20. Ulike typer bruk av samhandlingsforløpet (n=70).**

Det var flest som oppga at de brukte samhandlingsforløpet som oppslagsverk eller til informasjonsinnhenting (61 prosent). Om lag halvparten (henholdsvis 51 og 49 prosent) svarte at de brukte samhandlingsforløpet til rutiner for henvisning til spesialisthelsetjenesten og til samarbeid og oppfølging av enkeltsaker. Nær halvparten (46 prosent) brukte samhandlingsforløpet til rolleavklaring og ansvarsfordeling mellom tjenester og like mange brukte det til veiledning og dialog med foresatte.

### 9.3.6 HVORFOR BRUKES/BRUKES IKKE SAMHANDLINGSFORLØPET

Alle respondentene som besvarte spørreskjemaet (n=125) fikk i et åpent spørsmål anledning til å beskrive med egne ord enten hvorfor eller hvorfor ikke de bruker samhandlingsforløpet i sitt arbeid. Vi gir her en oversikt over tendensen i svarene blant respondenter fra helseforetaket og blant respondenter fra kommunene.

Tendensen fra både helseforetaket og kommunene viser at mange bruker samhandlingsforløpet for å skaffe seg informasjon og oversikt, både rundt faglige spørsmål, men også rundt saksgang og ansvarsfordeling. Det brukes også for å gi oversikt over samarbeidende aktører og over prosessen rundt oppfølging av barn og unge med hjelpetilbud til nyansatte og til foresatte.

### 9.3.7 ANSATTE I HELSEFORETAKET

Det var 13 respondenter ansatt i helseforetaket som skrev inn kommentarer om hvorfor/hvorfor ikke de bruker samhandlingsforløpet.

De fleste kommentarene omhandlet konkrete eksempler på bruk av samhandlingsforløpet som: i møte og samarbeid med kommunene, informasjonsinnhenting, til opplæringsformål med nye tilsatte og foresatte og i saksgang.

*"Jeg henviser til samhandlingsforløpet i møte med andre instanser. Jeg finner nyttige linker i daglig arbeid."*

Ett par av kommentarene gikk på hvorfor man ikke brukte samhandlingsforløpet, og dette var oftest relatert til at man ikke hadde arbeidsoppgavene hvor det var naturlig, men også opplevelse av at forløpet var lite tilgjengelig eller vanskelig å ta i bruk.

*"Gammel vane er vond å vende... Jeg er godt orientert om forløpet, men finner på en måte ikke tid til å ta det i bruk i praksis framfor å bare gjøre som jeg har gjort tidligere. Vet heller ikke om det jeg gjør faktisk avviker fra forløpet. Det oppleves som ressurskrevende å sette seg inn i/ta i bruk noe nytt."*

### 9.3.8 ANSATTE I KOMMUNENE

Blant respondentene ansatt i kommunene var det 49 som skrev inn kommentarer. Som blant de ansatte i helseforetaket går kommentarene i hovedsak ut på bruk av samhandlingsforløpet: informasjonsinnhenting, vurdere henvisning, prosedyrer for riktig saksgang, opplæring av nyansatte og foresatte, nyttige tips og informasjon, samordning av tjenestetilbud, undersøke hvor man kan søke råd og hjelp og informere andre ansatte og foresatte. En del kommentarer gikk også på at mange ikke hadde kjennskap til samhandlingsforløpet, at det ikke hadde vært aktuelt eller relevant.

Noen utvalgte sitat:

*"Kan bruke samhandlingsforløpet til å finne ut hvor man skal henvende seg, og hvem som har ansvar."*

*"Dette sikrer at elever en er bekymret for får den oppfølging som kreves."*

*"Har ikke kommet i situasjoner hvor jeg føler det har vært aktuelt."*

*"Jeg har kun brukt samhandlingsforløpet som støtte i daglig arbeid som eksempelvis usikkerhet knyttet til utredning. Jeg har brukt flere av informasjonslenkene som er heftet ved med tanke på tilrettelegging av enkelt elevers skolehverdag."*

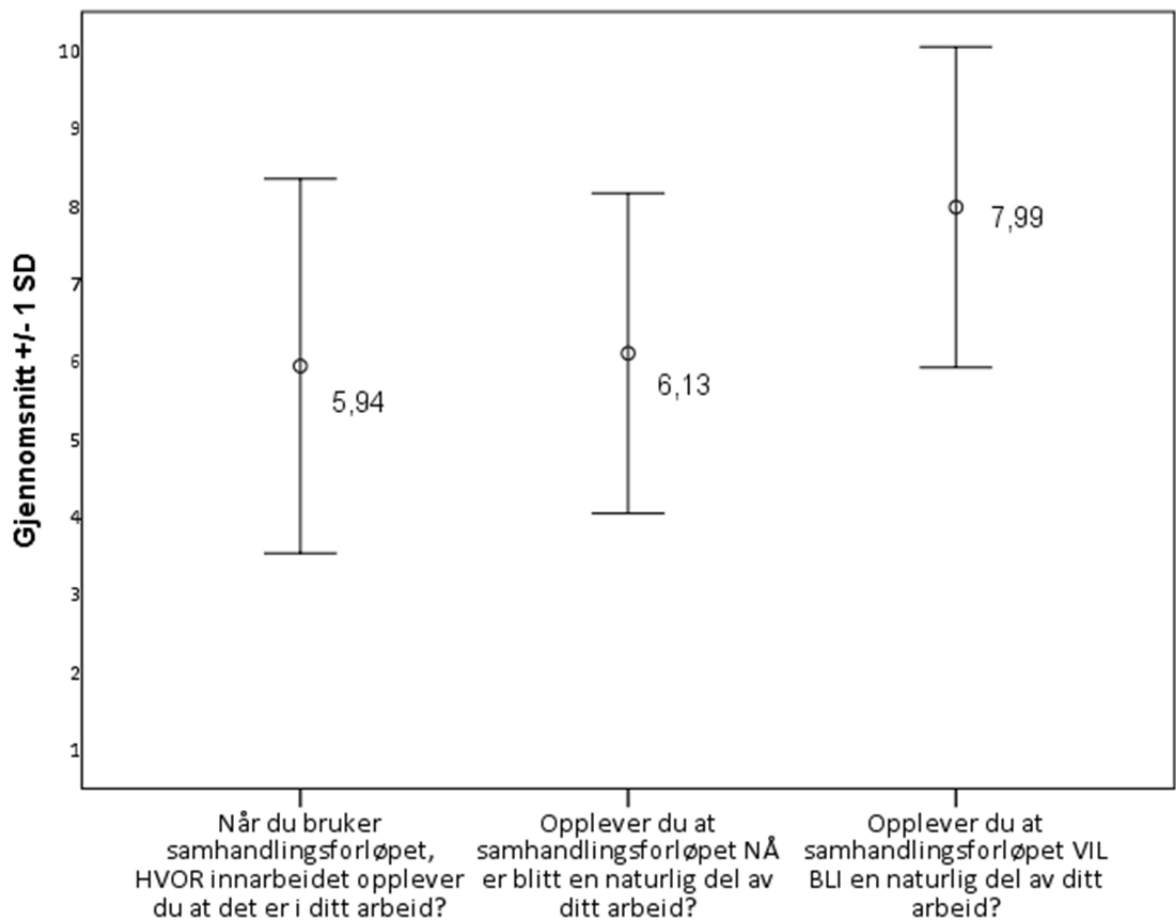
*"Brukes for å forholde seg til prosedyrer slik at saksgang blir riktig."*

## 9.4 IMPLEMENTERINGEN AV SAMHANDLINGSFORLØPET

De av respondentene som brukte en eller flere av komponentene i samhandlingsforløpet i sitt arbeid, ble bedt om å angi hvor innarbeidet de opplevde at samhandlingsforløpet var, på en skala fra 0 til 10. Fordelingen blant respondentene på skalaen er fremstilt i figur 21. Figuren viser at det er stor variasjon i hvor godt respondentene opplever at samhandlingsforløpet er innarbeidet i deres arbeid, men at det er størst andel av respondentene som ligger mot midten av skalaen enn mot noen av ytterpunktene.

Videre ble respondentene bedt om å angi på en skala mellom 0 og 10 om de opplevde at samhandlingsforløpet var blitt en naturlig del av deres arbeid (figur 21). Igjen viser den grafiske fremstillingen at det er en del spredning blant respondentene, men flest svarer mot midten av skalaen at samhandlingsforløpet verken eller er blitt en naturlig del av deres arbeid.

Deretter ba vi respondentene angi på den samme skalaen hvorvidt de opplevde at samhandlingsforløpet ville bli en naturlig del av deres arbeid (figur 21). Her var det flere som svarte på den høyre siden av skalaen, noe som angir at de fleste respondentene i større eller mindre grad opplevde at samhandlingsforløpet ville bli en naturlig del av deres arbeid på sikt.



Figur 21. Gjennomsnittsverdier og standardavvik for skalerte (skala 0- 10, hvor 0 er den "negative" enden av skalaen og 10 er den "positive" enden) spørsmål om implementering av samhandlingsforløpet (n=70).

- ✓ Det var ingen forskjell i bruk av forløpet «Samordning av hjelpetilbud for barn og unge» mellom respondentene som hadde deltatt i gruppene i Kvalitet i alle ledd og de resterende respondentene. Dette kan tyde på at prosjektet har lyktes godt i å formidle samhandlingsforløpet til de ansatte i praksisfeltet
- ✓ Forløpsprosessen har blitt gjort kjent blant de fleste, men det er foreløpig bare litt over halvparten av respondentene som hadde brukt forløpet. Det er stor forskjell mellom de kommunalt ansatte og ansatte i helseforetaket på kjennskap og bruk av samhandlingsforløpet, der en langt større andel av respondentene fra helseforetaket både kjenner og bruker forløpet

- ✓ De som har brukt samhandlingsforløpet er fornøyd – nær 80 prosent opplevde forløpet som nyttig og nær 90 prosent opplevde familiemøtet som nyttig
- ✓ Samhandlingsforløpet brukes først og fremst som oppslagsverk og til informasjonsinnhenting. Det interessante er at forløpet imidlertid har en rekke funksjoner, noe som viser seg ved at om lag halvparten bruker det til rutiner for henvisning til spesialisthelsetjenesten, til samarbeid og oppfølging av enkeltsaker, til rolleavklaring og ansvarsfordeling mellom tjenester og til veiledning og dialog med foresatte
- ✓ Selv om flesteparten av respondentene foreløpig opplever at samhandlingsforløpet bare delvis har blitt innarbeidet som en naturlig del av deres arbeidshverdag, er tendensen at det er stor spredning og variasjon mellom respondentene. En langt større andel er imidlertid optimistiske for at når en tar tiden til hjelp, så vil forløpet bli innarbeidet som en naturlig del av deres arbeid på sikt. I dette synet er respondentene også mer samstemt. Undersøkelsen ble gjort i en svært tidlig fase av implementeringen, og resultatene viser at det videre implementeringsarbeidet blir av stor betydning for å få forløpet godt innarbeidet i praksisfeltet.

#### **9.4.1 IMPLEMENTERING AV SAMHANDLINGSFORLØPET I ORDINÆRT ARBEID**

En del av spørreskjemaet besto av spørsmål basert på teorien om normaliseringsprosesser. Teorien stiller opp fire kjernebegrep som forutsetninger for at samhandlingsforløpet som ny praksis skal bli en normalisert del av organisasjonenes arbeid

- Koherens (gjøre oppgaver meningsfulle og forståelige, gi sammenheng)
- Kognitiv deltakelse (bygge engasjement og forpliktelse)
- Kollektiv aktivering (innsats og ressurser som investeres for å få samhandlingsforløpet til å fungere, legge til rette for bruk av forløpet)
- Refleksiv overvåking (kartlegging og vurdering av nytte).

Innen hvert av disse kjernebegrepene finner man undertema som kan bidra til å beskrive og forklare implementeringen av samhandlingsforløpet. I dette avsnittet presenteres spørsmålene relatert til hvert av de fire kjernebegrepene i hver sin tabell med undertema.

Vi minner om at disse spørsmålene kun ble stilt til respondenter som hadde brukt en eller flere av komponentene i samhandlingsforløpet i sitt arbeid.



#### 9.4.2 KOHERENS – SAMMENHENG/FELLES MENINGSFULL FORSTÅELSE

I følge teorien om normaliseringsprosesser må samhandlingsforløpet fremstå som meningsfullt, tydelig og anvendelig for at det skal bli en naturlig del av organisasjonens arbeid. Tabell 5 gir en oversikt over respondentenes svar knyttet til kjernebegrepet koherens. Det vi ser av resultatene er at svært mange (nærmere 90 prosent) ser den potensielle nytten av samhandlingsforløpet for sitt arbeid. Godt over halvparten (61 prosent) svarer at de forstår hvordan samhandlingsforløpet påvirker deres måte å arbeide på, og halvparten svarer at de ansatte har en felles forståelse av målet med forløpet. Det er få som svarer at samhandlingsforløpet skiller seg fra deres etablerte arbeidsformer, men her svarer nærmere halvparten (44 prosent) "verken eller".

**Tabell 5. Svar på spørsmål knyttet til kjernebegrepet koherens (n=70). Prosent.**

Koherens - Sammenheng/felles meningsfull forståelse					
Kategori	Påstand	*Enig	Verken eller	**Uenig	***Ikke relevant
Forskjellig/ulikt eksisterende praksis	Samhandlingsforløpet skiller seg fra våre etablerte arbeidsformer	16	44	36	4
Felles forståelse	Ansatte i vår organisasjon har en felles forståelse av målet med samhandlingsforløpet	50	29	16	5
Individuell forståelse	Jeg forstår hvordan samhandlingsforløpet påvirker min måte å arbeide på	61	26	10	3
Internalisering	Jeg kan se den potensielle nytten av samhandlingsforløpet for mitt arbeid	87	10	3	0

\*Svaralternativ: "Helt enig" og "Enig", \*\* svaralternativ: "Uenig" og "Helt uenig", \*\*\* svaralternativ: "Ikke relevant for min rolle", "Ikke relevant på nåværende tidspunkt" og "Ikke relevant for samhandlingsforløpet".

- ✓ Når det gjelder koherens, skåres det høyest på internalisering. Respondentene ser nytten av samhandlingsforløpet for arbeidet, men de har fortsatt litt å gå på når det gjelder forståelsen for målet med samhandlingsforløpet og hvordan det skal brukes i praksis
- ✓ Det er usikkerhet blant mange av respondentene på hvorvidt samhandlingsforløpet skiller seg fra etablerte arbeidsformer.

#### 9.4.3 KOGNITIV DELTAKELSE – BYGGE ENGASJEMENT OG FORPLIKTELSE

De som berøres av samhandlingsforløpet må engasjeres, være forpliktet og forberedt på å investere tid og ressurser i den nye arbeidsmåten. Av resultatene i tabell 6 ser vi at 3 av 4 respondenter som bruker samhandlingsforløpet har tro på at samhandlingsforløpet bidrar til at de kan ivareta sine arbeidsoppgaver på en bedre måte. Like mange svarer at de er åpne for at forløpet forutsetter nye måter å samarbeide med deres kolleger på. Hele 84 prosent svarte at de ville fortsette å støtte samhandlingsforløpet. Samlet sett viser disse svarene at blant de som har brukt samhandlingsforløpet har det i stor grad lyktes med å skape engasjement, at det er

legitimert som en bedre arbeidsform og at man er villig til å investere i å få forløpet til å fungere. Halvparten svarer imidlertid at samhandlingsforløpet drives frem av nøkkelpersoner eller ildsjeler, noe som kan gjøre det sårbart.

**Tabell 6. Svar på spørsmål knyttet til kjernebegrepet kognitiv deltakelse (n=70). Prosent.**

Kognitiv deltakelse - Engasjement og forpliktelse					
Kategori	Påstand	*Enig	Verken eller	**Uenig	***Ikke relevant
Initiering	Det er enkelte nøkkelpersoner/ildsjeler som driver samhandlingsforløpet fremover og som involverer/drar med seg andre	52	36	9	3
Legitimering	Jeg har tro på at samhandlingsforløpet gjør at jeg kan ivareta mine arbeidsoppgaver på en bedre måte	74	24	1	1
Endringsvillighet	Jeg er åpen for at samhandlingsforløpet forutsetter nye måter å samarbeide med mine kolleger på	74	20	4	2
Aktivisering	Jeg vil fortsette å støtte samhandlingsforløpet	84	12	3	1

\* Svaralternativ: "Helt enig" og "Enig", \*\* svaralternativ: "Uenig" og "Helt uenig", \*\*\* svaralternativ: "Ikke relevant for min rolle", "Ikke relevant på nåværende tidspunkt" og "Ikke relevant for samhandlingsforløpet".

- ✓ Når det gjelder kognitiv deltakelse, eller engasjement og forpliktelse, skåres det høyest på aktivisering. De fleste svarer at de vil fortsette å støtte samhandlingsforløpet, samtidig som tre av fire er åpen for at samhandlingsforløpet forutsetter nye måter å samarbeide på
- ✓ Samhandlingsforløpet oppnår legitimitet som en nyttig arbeidsform, tre av fire er enig i at det bidrar til at en kan ivareta arbeidsoppgavene på en bedre måte
- ✓ Mange mener at samhandlingsforløpet drives fram av nøkkelpersoner, noe som gjør det sårbart.

#### 9.4.4 KOLLEKTIV TILRETTELEGGING FOR BRUK AV SAMHANDLINGSFORLØPET

Innsats og ressurser må investeres for å oppnå en kollektiv aktivisering av samhandlingsforløpet. Det må legges til rette for bruk av forløpet og det må sees i sammenheng med arbeidet som allerede gjøres; om det er i samsvar med eksisterende praksis og hvordan det vil påvirke arbeidsmengde, ressurser og ansvarsfordeling. Når vi ser nærmere på spørsmålene knyttet til kjernebegrepet om kollektiv aktivisering av samhandlingsforløpet, ser vi at flesteparten av respondentene (70 prosent) anser det som enkelt å integrere samhandlingsforløpet i sine

eksisterende arbeidsformer, og at de har tillit til andre personers evne til å bruke samhandlingsforløpet (tabell 7). Over halvparten (62 prosent) svarte at ledelsen støtter samhandlingsforløpet på en hensiktsmessig måte. Når det kommer til om det er tilgjengeliggjort nødvendige kurs/praksis/veiledning i bruk av samhandlingsforløpet og nødvendige ressurser for å støtte bruk av samhandlingsforløpet, gir resultatene imidlertid inntrykk av at dette ikke har vært tilstrekkelig. Det kan med andre ord synes som at respondentene er positive til selve samhandlingsforløpet, men at det er mangler i den kontekstuelle tilretteleggingen for implementering av forløpet.

**Tabell 7. Svar på spørsmål knyttet til kjernebegrepet kollektiv aktivering (n=70). Prosent.**

Kollektiv aktivering					
Kategori	Påstand	*Enig	Verken eller	**Uenig	***Ikke relevant
Tilpasning til eksisterende arbeidsformer	Jeg kan enkelt integrere samhandlingsforløpet i mine eksisterende arbeidsformer	70	21	3	6
Relasjonell integrering	Samhandlingsforløpet er til hinder for samarbeid	0	17	80	3
Relasjonell integrering	Jeg har tillit til andre personers evne til å bruke samhandlingsforløpet	68	26	3	3
Tilpasning av bruk	Anvendelse av samhandlingsforløpet delegeres til de som har evne til å bruke det	30	33	28	9
Kursing/ Kompetanseheving	Det er gitt nødvendig kurs/praksis/veiledning for å gjøre ansatte i stand til å bruke samhandlingsforløpet	21	26	49	4
Kontekstuell integrering	Det er tilgjengeliggjort nødvendige ressurser for å støtte opp under bruk av samhandlingsforløpet	11	40	39	10
Kontekstuell integrering	Ledelsen støtter samhandlingsforløpet på en hensiktsmessig måte	62	30	6	2

\* Svaralternativ: "Helt enig" og "Enig", \*\* svaralternativ: "Uenig" og "Helt uenig", \*\*\* svaralternativ: "Ikke relevant for min rolle", "Ikke relevant på nåværende tidspunkt" og "Ikke relevant for samhandlingsforløpet".

- ✓ Når det gjelder kollektiv aktivering, skårer respondentene høyest på tilpasning til eksisterende arbeidsformer. Nær 3 av fire mener at de enkelt kan integrere samhandlingsforløpet til eksisterende arbeidsformer.
- ✓ Ingen opplever at samhandlingsforløpet er til hinder for samarbeid og 2 av 3 har tillit til andre personers evne til å bruke samhandlingsforløpet

- ✓ Godt over halvparten opplever at ledelsen støtter samhandlingsforløpet på en hensiktsmessig måte
- ✓ Halvparten opplever at det ikke er gitt nødvendig kurs og veiledning for bruk av samhandlingsforløpet
- ✓ Mer kurs og veiledning, ressurser som støtter opp under samhandlingsforløpet og en ledelse som er enda tydeligere i sin støtte av samhandlingsforløpet kan bidra til en mer effektiv implementering.

#### 9.4.5 REFLEKSIV VURDERING OG OPPFØLGING - KARTLEGGING OG VURDERING AV NYTTE

I følge teorien om normaliseringsprosesser må implementering av nye tiltak evalueres for å undersøke hvordan det oppfattes av aktørene etter en stund og om de forventede effektene er tydelige. Det kan være få tydelige effekter for hele organisasjonen, selv om de som er mest involvert opplever store effekter. Dette kan svekke motivasjonen for å opprettholde arbeidet med implementeringen av ny praksis. Tabell 8 viser resultatene for spørsmål knyttet til vurdering av nytteverdien av det nye samhandlingsforløpet. Mer enn 3 av 4 respondenter (77 prosent) svarte at tilbakemeldinger om samhandlingsforløpet kan brukes til å forbedre det i fremtiden, men få (34 prosent) var kjent med tilbakemeldinger om hvordan det fungerte på undersøkelsestidspunktet. Nærmere 70 prosent svarte at de opplever at samhandlingsforløpet har vært til nytte for deres arbeid, men kun 44 prosent svarte at de ansatte er enige i at samhandlingsforløpet er verdt å bruke. Over halvparten (57 prosent) var forberedt på å endre måten de arbeider på ut fra samhandlingsforløpet.

**Tabell 8. Svar på spørsmål knyttet til kjernebegrepet refleksiv vurdering og oppfølging (n=70). Prosent.**

Refleksiv vurdering og oppfølging					
Kategori	Påstand	*Enig	Verken eller	**Uenig	***Ikke relevant
Systematisering	Jeg er kjent med tilbakemeldinger om hvordan samhandlingsforløpet fungerer	34	40	24	2
Felles verdsetting	De ansatte er enige i at samhandlingsforløpet er verdt å bruke	44	43	4	9
Individuell verdsetting	Jeg opplever at samhandlingsforløpet har vært til nytte for mitt arbeid	67	28	4	1
Systematisk forbedring	Tilbakemeldinger om samhandlingsforløpet kan brukes til å forbedre det i fremtiden	77	19	3	1
Individuell forbedring	Jeg kan endre måten jeg arbeider på ut i fra samhandlingsforløpet	57	33	6	4

\* Svaralternativ: "Helt enig" og "Enig", \*\* svaralternativ: "Uenig" og "Helt uenig", \*\*\* svaralternativ: "Ikke relevant for min rolle", "Ikke relevant på nåværende tidspunkt" og "Ikke relevant for samhandlingsforløpet".

- ✓ Når det gjelder refleksiv vurdering og oppfølging, skåret en høyest på systematisk forbedring. Mer enn 3 av 4 informanter mener at tilbakemeldinger om samhandlingsforløpet kan brukes til å forbedre det i fremtiden, men bare 1 av 3 er kjent med tilbakemeldinger om forløpets nytte.
- ✓ 2 av 3 opplever at samhandlingsforløpet har vært til nytte for eget arbeid, men færre opplever at det er enighet om at samhandlingsforløpet er verdt å bruke
- ✓ Resultatene tyder på at systematiske egenvurderinger og tilbakemeldinger til de ansatte kan bidra til å forbedre samhandlingsforløpet og øke den felles forståelsen av forløpets nytteverdi.

## 9.5 TILBAKEMELDINGER OG KOMMENTARER OM IMPLEMENTERING OG BRUK AV SAMHANDLINGSFORLØPET

Avslutningsvis ble respondentene spurt om de hadde andre kommentarer eller tilbakemeldinger rundt implementering og bruk av samhandlingsforløpet i sin tjeneste eller ved sitt arbeidssted. Spørsmålet ble stilt i en åpen spørsmålsform, og ble også stilt til respondenter som svarte at de ikke brukte samhandlingsforløpet i sitt arbeid. De som har skrevet inn kommentarer på spørsmålet gir et inntrykk av at implementeringen av samhandlingsforløpet fremdeles er i startgroen og at det ikke er gjort kjent i bredden av organisasjonene. Flere etterlyser også mer informasjon og hjelp til å ta det i bruk.

### 9.5.1 ANSATTE I HELSEFORETAKET

Det var 10 respondenter fra helseforetaket som skrev inn kommentarer og tilbakemeldinger om samhandlingsforløpet. Her kom det frem noen utfordringer knyttet til bruk i praksis som: utfordringer med ressursituasjon som barriere for å sette seg inn i ny praksis, behovet for å oppdatere forløpet kontinuerlig, behov for opplæring/veiledning i bruk, lite synlig endringer i kommunene etter innføring av forløpet, tilgjengelighet på nettsidene og balansegangen mellom nok og for mye informasjon.

Noen utvalgte kommentarer:

*"... Det har imidlertid ikke blitt bestemt implementert, og det er ikke gitt noen generell opplæring eller pålegg om at dette skal brukes, eller diskutert hvordan vi skal bruke det. Det fremstår som et bra forslag til hvordan man kan videreutvikle vårt arbeid."*

*"Vanskelig å finne forløpet på helseforetakets hjemmeside. Tror det er få foreldre/pårørende som finner det. Fører til at vi som behandlere heller ikke bruker det så godt som vi kunne gjort."*

*"Det er bare å skjerpe seg for min del. Det er mye godt stoff og hjelpemidler som ligger tilgjengelig til å ta i bruk."*

### 9.5.2 ANSATTE I KOMMUNENE

Blant respondentene fra kommunene var det 23 som skrev inn kommentarer og tilbakemeldinger. De fleste kommentarene gikk på at de hadde for lite kjennskap til og ønsket mer informasjon om samhandlingsforløpet. Her ble det blant annet etterlyst mer støtte fra ledelse og opplæring i bruk av forløpet. Det var også en del kommentarer fra kommuneansatte som hadde deltatt i familiemøter, noe som står sett fremsto som svært positivt for dem, familiene og for samarbeidet mellom involverte aktører.

Noen utvalgte kommentarer:

*"Det er krevende å implementere noe som man blir sittende med ansvaret for når man ikke får andre i lederposisjon til å ta ansvar."*

*"Familiemøtene er svært positivt og ikke minst nyttig også for oss i kommunene. Styrker samarbeid."*

*"Har lite kunnskap om samhandlingsforløpet og ønsker mer info om det."*

*"Når dette blir bedre kjent i organisasjonen og en del av naturlige rutiner så vil dette være til god hjelp."*

---

## 10 SAMMENFATNING

---

### 10.1 OPPSUMMERING FASE 1

#### Problemstillinger fase 1 – før prosjektstart Kvalitet i alle ledd:

Undersøkelse og analyser i fase 1 tok utgangspunkt i følgende problemstillinger:

- Hvilke erfaringer, utfordringer og problemstillinger beskriver de ulike instansene i arbeidet med utsatte barn og unge?
- Hvilke likheter og ulikheter i erfaringer, utfordringer og problemstillinger fremstilles av ulike instanser?
- Hva kjennetegner samhandlingen mellom de organisasjoner og de arbeidsfelt som bør endres i prosjektet?
- Hvilke endrings-/forbedringsforslag kan identifiseres?

#### Hovedfunn fra fase 1:

- Alle tjenestene ønsket henvisningsrett til PP-tjenesten.
- Godt fungerende felles tverrfaglige møtearenaer var viktige grunnlag for samarbeid. Grep som kan bidra til nyttige felles møter hvor alle er deltakende, inkluderte og likeverdige: møteplan og/eller en god møteleder, krav om at alle stiller forberedt i forhold til egen innfallsvinkel og tilknytning til saken, samt skape rom og trygghet for ulike perspektiv.

- Det var behov for å bedre kommunikasjonen rundt saker, særlig i fasen før henvisning og ved avslutning hos spesialisthelsetjeneste. Det etterlyses informasjonsutveksling underveis for parallelt arbeid under utredning og behandling. Rutiner for informasjonsutveksling og tilbakemeldinger vil redusere personavhengighet og bedre samarbeidet underveis i saker.
- Kunnskapen om hverandres tjenester burde vektlegges. Økt kunnskap vil bidra til tydeligere avklaring av forventninger versus muligheter.
- Bygge robuste system for ansvars- og rolleavklaring, rutiner og retningslinjer i de ulike fasene for å legge til rette for samtidighet og bedre koordinering av tjenestene. Dette gjør også tjenestene mer tilgjengelige og forutsigbare for brukerne.
- Det uttrykkes behov for kompetanseheving, primært i de kommunale tjenestene. Felleskurs legger til rette for kompetanseheving og kompetanseoverføring begge veier. Slike arenaer kan også føre til bedre kunnskap om hverandres tjenester og bidra til et felles mål i arbeidet med barn og unge.
- En utfordring er at handlingsrommet begrenses av ressurser, spesielt helsesøster og fagkompetanse innen psykisk helse rettet mot barn og unge i kommunen manglet tilstrekkelige ressurser.

## 10.2 OPPSUMMERING FASE 2

### Problemstillinger fase 2 – under prosjektperioden:

Fase 2 av evalueringen utgjorde en formativ evaluering av prosessen med å utvikle nye forløp. Formålet med denne fasen var å evaluere prosjektets utvikling ved å studere hvilke strukturelle og kulturelle særtrekk ved instansene som virker hemmende og fremmende på prosessen, hvilke utfordringer og løsningsalternativer som får gjennomslag i prosessen og hvilken produksjon av kunnskap og handlingsalternativer som skjer gjennom samarbeidet i prosessen. Undersøkelse og analyser i fase 2 tok utgangspunkt i følgende problemstillinger:

- Hvordan konkretiseres endringsgrunnlag og endringsforslag?
- Hvordan defineres den ønskede endringens innhold og omfang?
- Hvilke verdier er sentrale i endringsprosessen i gruppene, for eksempel når det gjelder likeverd og samarbeid?
- Hvilke kompetansebehov og møtearenaer fordrer forløpet?
- Hvordan skal forløpet og andre endringer implementeres? Hva forventes å hemme og å fremme implementeringen?
- Hvilke forventninger har styrings-, prosjekt- og arbeidsgruppene til forløpets møte med praksisfeltet?

### Hovedfunn fra fase 2:

#### Organisering:

- Prosjektet ble organisert med prosjektleder, styringsgruppe, prosjektgruppe og to arbeidsgrupper. Under sammensetning av gruppene i prosjektet ble det sørget for god forankring fra alle tjenestene og brede tverrfaglige grupper. Denne sammensetningen skapte gjensidig kunnskaps- og erfaringsutveksling.
- I begge arbeidsgruppene var det bevisst valgt å inkludere to brukerrepresentanter. Brukerinvolveringen ble opplevd som unik og svært verdifull.

- Mangel på fastlegenes deltakelse i prosjektgruppene ble kompensert for gjennom dialogmøter med fastlegene i alle prosjektkommunene. Dialogmøtene skapte stor interesse blant legene og de som deltok fra prosjektet oppfattet møtene som vellykket.
- Prosjektleder har holdt tråden i prosjektet og skapt fremdrift. Prosjektlederens evne til å lede og konkretisere prosjektet ble fremhevet som en suksessfaktor for utfallet.

#### *Forankring*

- En prosjektavtale mellom helseforetaket (prosjekteier) og prosjektkommunene ble ansett som viktig for å sikre forankring på høyt nivå, og slik forplikte til deltakelse og implementering.
- De på overordnet ledernivå i kommunene opplevde at prosjektet var godt forankret, mens enhets/tjenesteledernivået opplevde mangelfull forankring av prosjektet i ledelsen. Dette skapte utfordringer og bekymringer knyttet til å spre informasjon og interesse om prosjektet, og til mandat og myndighet til å innføre endringer og til å implementere forløpet.

#### *Prosjektprosessen*

- Tjenestene har hatt en felles forståelse av utfordringsbildet, og de har vært opptatt av å finne felles gode løsninger.
- Engasjementet i prosjektet ble opplevd som vanskelig å overføre til det daglige arbeidet i egen organisasjon/tjeneste.

#### *Brukermedvirkning*

- Familienes behov for gode og helhetlige tjenester veide tyngre enn tjenestenes behov.
- Det trekkes frem som et suksesskriterium at brukerrepresentanter deltok i alle ledd av prosjektet fra oppstart.
- Brukermedvirkningen styrket bevisstheten rundt formålet; å utvikle god og samordnet hjelp til barn og unge med sammensatte vansker og behov.

#### *Syn på endring av eksisterende praksis*

- Familiemøtene åpner for to møter med spesialisthelsetjenesten før henvisning.
- Kommunene mangler ofte koordinator, selv om denne funksjonen er svært viktig for barn og unges oppfølging i kommunene.
- Kommunene ønsker mer råd og veiledning fra spesialisthelsetjenestene velkommen, men spesialisthelsetjenesten må unngå å forespeile tiltak og oppfølging kommunene ikke har mulighet til å gjennomføre.

#### *Prosjektdeltakernes forventninger til forløpet*

- Samhandlingsforløpet skal legge til rette for mer samtidighet fremfor hendelser etter hverandre i tid.
- Forløpet starter når alvorlig bekymring for et barn og unge oppstår enten hos en fagperson eller foresatte/familie eller barnet selv.
- Forløpet skal være tilgjengelig for brukerne og gjøre det enklere for dem ved å skape forutsigbarhet og samle nyttig informasjon.
- Forløpet skal gi tydelige beslutningspunkt og legge føringer for kommunikasjon, ansvars- og oppgavefordeling mellom tjenestene.



- Prosjektet ble forventet å få konkrete utfall og gi økt fokus på barn og unge, særlig i kommunene var dette sterkt etterspurt.

#### *Tanker om implementeringsfasen*

- Det at kommuneorganisasjoner er komplekse, med tjenesteledere uten myndighet på tvers, ble trukket frem som særlig bekymringsfullt for implementeringen.
- Sterk forankring på høyt administrativt nivå opplevdes som avgjørende for utfallet, men det var ikke tilstrekkelig på plass.
- For at forløpet skal bli brukt må det være kjent. Bekjentgjøring, informasjon og kursing om forløpet er avgjørende for implementeringen.
- Forløpet og familiemøtet er forsøkt tilpasset eksisterende praksis og system for å lette implementeringen. Likevel må det skapes et eierforhold til dem for å få det inn i ordinær drift.

### **10.3 OPPSUMMERING FASE 3**

#### **Problemstillinger fase 3 – etter prosjektperioden:**

Undersøkelse og analyser i fase 3 tok utgangspunkt i følgende problemstillinger:

- Hvilke erfaringer har brukerne og de ulike instansene med familiemøtene? Opplever de at familiemøtene fungerer slik de er tiltenkt?
- Hvilke konsekvenser har forløpet for utsatte barn og unge?
- Hvordan har organisasjonene arbeidet for å implementere og gjøre forløpet kjent, i kommunen og i spesialisthelsetjenesten?
- Hvordan har forløpet påvirket samhandlingen mellom instansene og tjenestenivå?

#### **Hovedfunn fra fase 3:**

- Selv om kjennskap til og bruk av samhandlingsforløpet var varierende, var det ingen forskjell i bruk av samhandlingsforløpet mellom respondentene som hadde deltatt i gruppene i kvaliteten i alle ledd og de resterende respondentene. Dette kan tyde på at prosjektet har lyktes godt i å formidle samhandlingsforløpet til de ansatte i praksisfeltet.
- Tendensen fra både helseforetaket og kommunene viser at mange bruker samhandlingsforløpet til å skaffe seg informasjon og oversikt, både rundt faglige spørsmål, men også rundt saksgang og ansvarsfordeling. Det brukes også for å gi oversikt over samarbeidende aktører og over prosessen rundt oppfølging av barn og unge med hjelpetilbud til nyansatte og til foresatte.
- Selv om mange foreløpig opplever at samhandlingsforløpet bare delvis har blitt innarbeidet som en naturlig del av deres arbeidshverdag, er tendensen tydelig på at spredningen er stor. Mange er imidlertid optimistiske på sikt og mener at forløpet vil bli innarbeidet som en naturlig del av deres arbeid etter en tid. I dette synet er dessuten respondentene mer samstemt.
- Undersøkelsen ble gjort i en svært tidlig fase av implementeringen, og resultatene viser at det videre implementeringsarbeidet vil være avgjørende for å få forløpet godt innarbeidet i praksisfeltet.

### *Koherens:*

- Når det gjelder koherens, skåres det høyest på internalisering. Respondentene ser nytten av samhandlingsforløpet for arbeidet, men har fortsatt litt å gå på når det gjelder forståelsen for målet med samhandlingsforløpet og hvordan det skal brukes i praksis.
- Det er usikkerhet blant mange av respondentene på hvorvidt samhandlingsforløpet skiller seg fra etablerte arbeidsformer.

### *Kognitiv deltakelse – Engasjement og forpliktelse:*

- Når det gjelder kognitiv deltakelse, eller engasjement og forpliktelse, skåres det høyest på aktivisering. De fleste av respondentene svarer at de vil fortsette å støtte samhandlingsforløpet, samtidig som tre av fire er åpen for at samhandlingsforløpet forutsetter nye måter å samarbeide med kollegene på.
- Samhandlingsforløpet oppfattes som en legitim arbeidsform, tre av fire er enig i at det vil gjøre at en kan ivareta arbeidsoppgavene på en bedre måte.
- Mange mener at samhandlingsforløpet drives fram av nøkkelpersoner, noe som gjør det sårbart.

### *Kollektiv tilrettelegging for bruk av samhandlingsforløpet*

- Når det gjelder kollektiv aktivering, skåres det høyest på tilpasning til eksisterende arbeidsformer. Nær 3 av fire mener at de enkelt kan integrere samhandlingsforløpet til eksisterende arbeidsformer. Spørsmålet er om dette innebærer at en endrer samhandlingsforløpet, slik at det ikke følges opp i praksis, eller om det innebærer en hensiktsmessig sammensmelting mellom ny og gammel praksis.
- Ingen opplever at samhandlingsforløpet er til hinder for samarbeid og 2 av 3 har tillit til andre personers evne til å bruke samhandlingsforløpet.
- Omtrent halvparten opplever at ledelsen støtter samhandlingsforløpet på en hensiktsmessig måte. En tilsvarende andel opplever derimot at det ikke er gitt nødvendig kurs og veiledning i bruk av samhandlingsforløpet.
- Mer kurs og veiledning, ressurser som støtter opp under samhandlingsforløpet og en ledelse som er mer proaktiv og langt tydeligere i sin støtte av samhandlingsforløpet, kan bidra til en mer effektiv implementering.

### *Refleksiv vurdering og oppfølging*

- Når det gjelder refleksiv vurdering og oppfølging, skåres det høyest på systematisk forbedring. Mer enn 3 av 4 informanter mener at tilbakemeldinger om samhandlingsforløpet kan brukes til å forbedre det i fremtiden, men bare 1 av 3 er kjent med tilbakemeldinger om forløpets nytte.
- 2 av 3 opplever at samhandlingsforløpet har vært til nytte for eget arbeid, men færre opplever at det er enighet om at samhandlingsforløpet er verdt å bruke
- Resultatene tyder på at systematiske egenvurderinger og tilbakemeldinger til de ansatte kan bidra til både å forbedre samhandlingsforløpet og skape større felles forståelse av forløpets nytteverdi.

#### 10.4 SAMMENFATNING AV PROSJEKTUTFALLET OG ANBEFALINGER FOR VIDERE ARBEID

Resultatene reflekterer at respondentene står på noe ulike steder i forhold til forløpet, fra ikke å vite om det eller å mangle tid til å se på det, til positivt utbytte av ulike komponenter i forløpet. I denne fasen av prosjektet Kvalitet i alle ledd er det viktig å ha i minne at en fortsatt er i en tidlig implementeringsfase, og at en derfor fortsatt er i en prosess der mye viktig og kritisk implementeringsarbeid gjenstår. Respondentene uttrykker behov for at ledere, både i kommuner og helseforetak, nå må forankre, tydeliggjøre og forplikte sine ansatte på en proaktiv måte i den videre implementeringen. Alt avhengig av ambisjonsnivået vil den påfølgende implementeringsfasen kreve en investering i oppmerksomhet, kombinert med enkelte praktiske grep, for at samhandlingsforløpet skal nå den grad av felles forpliktelse og engasjement som kreves for at det skal etablere seg som en ny, felles praksis.

Helt til slutt kan vi oppsummere med at så langt ligger alt godt til rette ved at respondentene synes å være positive til selve samhandlingsforløpet, de mener det er en legitim satsning som har potensiale til å føre til bedre måter å arbeide på, men at det kritiske punktet i prosessen fremover er den kontekstuelle tilretteleggingen for den videre implementering av forløpet. Spesielt vil vi anbefale en proaktiv og engasjert ledelse som ikke bare legger til rette for å ta i bruk samhandlingsforløpet, men som også legger trykk på og forplikter de ansatte til å ta det i bruk. Vi vil også anbefale felles kursdager, slik at alle opplever å ha kunnskap nok om forløpet til å ta det i bruk, samtidig som felles tverrfaglig og tverretatlig kursing gir et møtepunkt i seg selv som kan være til hjelp i utviklingen av en felles forståelse for mål, innhold og arbeidsformer i samhandlingsforløpet. Dette kan gjerne skje på tvers av kommunale tjenesteområder og på tvers av helseforetaket, da Kvalitet i alle ledd ikke bare handler om samhandling innad i kommuner og mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, men også innad i spesialisthelsetjenesten. Til slutt råder vi til kontinuerlige interne evalueringer, slik at gode kritiske innspill kan bidra til kontinuerlig forbedringsarbeid, samtidig som de som skal bruke samhandlingsforløpet i det daglige opplever å bli hørt, involvert, og dermed en del av utviklingsprosessen. Dette kan bidra til å skape eierskap til og forankring av samhandlingsforløpet også på utøvende nivå. Samhandlingsforløpet vil måtte fortsette å være et organisk forløp, kontinuerlig i systematiske forbedringsprosesser, først og fremst etter brukernes behov, men også etter tjenesteytternes erfaringer.

---

#### 11 REFERANSER

---

Andersson HW. (2005). *Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge* (SINTEF-rapport nr. 3/2005). Trondheim: SINTEF.

Andersson H.W. og Norvoll, R. (2006). *Samhandling mellom kommunale tjenester og BUP - kvalitet i epikrisen* (SINTEF-rapport nr. A595). Trondheim: SINTEF.

Backe-Hansen, E. (2009). *Å sende en bekymringsmelding – eller la det være? En kartlegging av samarbeidet mellom barnehage og barnevern*. NOVA Notat nr. 6/09.

Barnevernloven (1992). *Lov om barneverntjenester (barnevernloven)*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=Lov+om+barneverntjenester>

Bjørkly A. og Wicken, A. (2004). *Barne- og ungdomspsykiatri i krise?: en studie av grenseflaten mellom 1. og 2. linjetjenesten i barne- og ungdomspsykiatrien* (Hovedfagsoppgave, Universitetet i Bergen). Bergen: Universitetet i Bergen.

Cederkvist, G.A. (2010). Hjelper på hjemmebane. *Sykepleien* 2:66-69.

Departementene (2009). *Regjeringens strategi for forebygging. Fellesskap – trygghet – utjevning*. Oslo.

Eldøen, O. (2013). Dialog som alternativ henvisning. *Tidsskri Nor Legeforen*, 133;941-2.

Forskrift om fastlegeordningen (2012). *Forskrift om fastlegeordningen i kommunene*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842?q=fastlege>

Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (Forskrift om habilitering og rehabilitering)*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=Forskrift+om+habilitering+og+rehabilitering>

Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj. (2003). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450?q=Forskrift+om+kommunens+helsefremmende+og>

Forvaltningsloven (1967). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10?q=forvaltningsloven>

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Forløpsgruppe Psykisk helse*. Rapport.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse+omsorgstjenester>

Helsetilsynet (2009). *Utsatte barn og unge - behov for bedre samarbeid* (Helsetilsynet rapport nr. 5/2009). Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.

Helsetilsynet (2012). *Tilsyn med kommunalt barnevern - svikt ved undersøkelser og evaluering* (Helsetilsynet rapport nr. 2/2012). Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Jacobsen, E. (2013). Misfornøyde sykehusleger. *Tidsskri Nor Legeforen*, 133:217.

Kaurstad G. og Bachmann, K. (2013). *Kvalitet i alle ledd. En analyse av endringsbehov i utrednings- og behandlingslinjer for barn og unge med behov for sammensatte og koordinerte tjenester* (Møreforskning Molde rapport nr. M1303/2013). Molde: Møreforskning Molde.

Kaurstad, G. Bachmann, K., Bremnes, H. og Groven, G. (2015). *KS FoU-prosjekt nr. 134033. Trygg oppvekst – Helhetlig organisering av tjenester for barn og unge*. (Møreforskning Molde rapport nr. 1502/2015). Molde: Møreforskning Molde.

Killén, K. (2007). *Barndommen varer i generasjoner. Forebygging er alles ansvar*. 1.utg. Oslo: Kommuneforlaget.

Kinge E. (2012). *Tverretattlig samarbeid omkring barn. En kilde til styrke og håp?* 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Kommuneloven (1992). *Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-09-25-107?q=kommuneloven>

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2014). *Kriterier for god kommunestruktur*. Delrapport fra ekspertutvalg. Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Meld. St. 16 (2006-2007). (2007) ...og ingen stod igjen. *Tidlig innsats for livslang læring*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.

Meld. St. 18 (2010-2011). (2011). *Læring og fellesskap*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.

Meld. St. 29 (2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld. St. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Menneskerettsloven (1999). *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven)*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30?q=Menneskerettsloven>

Molven, O. (2013). *Taushetsplikt og samhandling i kommunalt arbeid barn – ungdom – familier veileder*. Oslo: KS.

Nilsen, A.C. (2011). *Kompetanseutvikling om samarbeid og samordning på tvers. En samlingsrapport med publikasjoner fra delprosjekt 1 i HUSK Agder* (Agderforskning rapport nr. 5/2011). Kristiansand: Agderforskning.

Nordahl, T. og Hausstätter, R. S. (2009). *Spesialundervisningens forutsetninger, innsatser og resultater. Situasjonen til elever med særskilte behov for opplæring i grunnskolen under Kunnskapsløftet*. Hamar: Høgskolen i Hedmark.

Norvoll R., Andersson, H.W., Ådnes, M. og Ose, S.O. (2006). *Kommunale tjenester for barn, unge og familier: samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer* (SINTEF rapport nr. A246). Trondheim: SINTEF.

NOU 2012:1 (2012). *Til barnas beste – Ny lovgivning om barnehagene*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.

NOU 2009:22 (2009). *Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.

NOU 2003:16 (2003). *I første rekke. Forsterket kvalitet i grunnskoleopplæring for alle*. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet.

Olsen, TS og Jentoft, N. (2013). *En vanskelig start. Om tidlig innsats og tverretattlig samarbeid for å forebygge ung uførhet* (Agderforskning rapport nr. 6/2013). Kristiansand: Agderforskning.

Opplæringslova (1998). *Lov om grunnskolen og den vidaregående opplæringa (opplæringslova)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-+og+brukerrettighetsloven>

Psykisk helsevernloven (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

- Remen, V.M., Grimsmo, A. (2008). Closing information gaps with shared electronic patient summaries – How much will it matter? *International Journal of Medical Informatics*, 80.
- Sitter M. (2008). *Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker 2004-2007. Evaluering av OPP-tjenesterappingsplanen for psykiske helse* (SINTEF rapport nr. A5204/2008). Trondheim: SINTEF.
- Snøfugl, G., Grimsmo, A., Heimly, V., Melby, L., Paulsen, B. (2005). *Elektronisk samhandling mellom foretakene og kommunene*. Trondheim; Nasjonal IKT.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450 (IS-1154)*. Oslo
- Studiekvalitetsutvalget (1990). *Studiekvalitet*. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet.
- Suhonen, E. og Nislin, M. (2012). Inkluderende strategier og barnehage: Eksempel fra Finland. I R. Hausstätter (red.). *Inkluderende spesialundervisning*. S. 159-168. Bergen, Fagbokforlaget.
- Takala, M. (2012). Deltids spesialundervisning – en inkluderende strategi i Finland. I R. Hausstätter (red.). *Inkluderende spesialundervisning*. S. 169-179. Bergen, Fagbokforlaget.
- Van der Meijden, M.J., Tange, H.J., Troost, J., Hasman, A. (2003). Determinants of Success of Inpatient Clinical Information Systems: A Literature Review. *J Am Med Inform Assoc*. 10(3):235-43.
- Winsvold A. (2011). *Evaluering av prosjektet. Sammen for barn og unge - bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge* (NOVA rapport nr. 18/2011). Oslo: NOVA.
- Wålberg, S.E. (2013). *Fremmende og hemmende faktorer for tverrfaglig samarbeid i SLT. Et barnevernfaglig perspektiv* (Masteroppgave, Universitet i Bergen). Bergen: Universitetet i Bergen.

---

## 12 VEDLEGG

---

Vedlegg 1 - Vurderingsskjema for familiemøter

Vedlegg 2 – Spørreskjema om implementering

**VURDERING AV SAMTALEN**

Møreforskning Molde gjennomfører på oppdrag av Helse Møre og Romsdal HF en evaluering av prosjektet "Kvalitet i alle ledd". En del av dette prosjektet er samtaler mellom familie, BUP og fagpersoner fra kommunen, slik at en i fellesskap kan finne ut hvilken hjelp barnet/familien har behov for. Alle som deltar på slike familiesamtaler i kommunene Molde, Fræna, Averøy og Smøla blir spurt om å fylle ut et vurderingsskjema. Vurderingsskjemaet skal gi informasjon om hvordan samtaler fungerer, og slik bidra til å forbedre samtaler i tiden framover. Det er frivillig å svare på vurderingsskjemaet.

Du som fyller ut vurderingsskjemaet er anonym, det vil si at informasjonen i vurderingsskjemaet ikke kan kobles tilbake til deg som person. Skjemaene åpnes og registreres av forskere ved Møreforskning Molde, andre vil ikke ha tilgang til skjemaet. Resultatene presenteres på gruppenivå, slik at den enkelte ikke kan gjenkjennes. Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste A/S.

Er du foreldre/foresatt

Barn/ungdom

Barnets/ungdommens alder

Gi en vurdering av samtalen i dag ved å sette et kryss på linjen slik at det best passer din egen opplevelse.

**Jeg ble forstått og respektert**

Nei, i liten grad

0	1	2	3	4	5

Ja, i stor grad

**Vi snakket om det jeg ønsket å snakke om**

Nei, i liten grad

0	1	2	3	4	5

Ja, i stor grad

**SNU ARKET →**

**Samtalen hadde en form som passet meg**

Nei, i liten grad

0	1	2	3	4	5

Ja, i stor grad

**I det store og hele var samtalen nyttig for meg**

Nei, i liten grad

0	1	2	3	4	5

Ja, i stor grad

Kommentarer (ikke skriv navn eller andre personidentifiserende opplysninger):

.....

.....

.....



# Evaluering av samhandlingsforløpet: SAMORDNING AV HJELPETILBUD FOR BARN OG UNGE (forhåndsvisning)

Kommunene Molde, Fræna, Averøy og Smøla har sammen med spesialisthelsetjenesten i Helse Møre og Romsdal, ved Psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og Habilitering for barn og unge (HABU), i prosjektet Kvalitet i alle ledd utviklet forløpet: "Samordning av hjelpetilbud for barn og unge", heretter kalt samhandlingsforløpet. Målet har vært å utvikle retningslinjer for bedre samarbeidsrutiner mellom kommuner, spesialisthelsetjeneste og familier slik at barn med hjelpebehov får så god og samordnet hjelp som mulig. Samhandlingsforløpet ble introdusert og implementert i prosjektkommunene og helseforetaket i 2015. Samhandlingsforløpet ser på nettsiden slik ut:



BESKRIVELSE AV SAMHANDLING MELLOM KOMMUNER I MØRE OG ROMSDAL OG SPESIALISTHELSETJENESTEN FOR BARN OG UNGE

## SAMORDNING AV HJELPETILBUD FOR BARN OG UNGE



Denne spørreskjemaundersøkelsen er utviklet for å øke forståelsen av hvordan samhandlingsforløpet tas i bruk og integreres, og hvor godt kjent forløpet er i kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.

Spørreskjemaundersøkelsen går ut til ledere og ansatte i PPT, barneverntjenesten, fastleger, skolehelsetjeneste og helsestasjon, skoler og barnehager i Molde, Fræna, Averøy og Smøla, samt ved psykisk helsevern (BUP) og habilitering for barn og unge i Helse Møre og Romsdal.

Spørreskjemaundersøkelsen inneholder spørsmål om implementeringen av samhandlingsforløpet. Selve undersøkelsen er delt inn i 5 deler. Del 1 inneholder spørsmål om deg og ditt arbeidssted. Del 2 inneholder generelle spørsmål om samhandlingsforløpet, mens del 3 og 4 harmer detaljerte spørsmål om samhandlingsforløpet. I del 5 kan du i egne ord gi tilbakemeldinger om samhandlingsforløpet.

Vi setter pris på at du bruker tid på å komme frem til svar som **BEST PASSER TIL DINE ERFARINGER FOR HVERT AV UTSAGNENE.**

Deler av spørsmålene er hentet fra spørreskjema utviklet av: Finch, T.L., Girling, M., May, C.R., Mair, F.S., Murray, E., Treweek, S., Steen, I.N., McColl, E.M., Dickinson, C., Rapley, T.M. (2015). NoMad: Implementation measure based on Normalization process theory (Measurement instrument). Hentet fra <http://www.normalizationprocess.org>.

Din identitet vil holdes skjult.

Les om retningslinjer for personvern. (Åpnes i nytt vindu)

## 1) DEL 1: OM DEG

*Vi har forståelse for at personer involvert i bruk av samhandlingsforløpet har ulike roller og tilknytning, og at enkelte i lys av sin stilling og/eller verv kan ha mer enn en rolle.*

**2) På bakgrunn av dette ber vi deg velge en av mulighetene under som best beskriver DIN HOVEDROLLE i relasjon til samhandlingsforløpet:**

Jeg arbeider med ledelse og/eller oppfølging av implementering og bruk av samhandlingsforløpet

Jeg arbeider med å levere/yte tjenester som beskrives i samhandlingsforløpet

Annet

*I denne spørreskjemaundersøkelsen ber vi deg besvare alle spørsmålene basert på den rollen du valgte i spørsmålet over. Avhengig av din rolle eller ditt ansvar tilknyttet samhandlingsforløpet er det naturlig at noen av utsagnene i skjemaet oppleves som mer relevante enn andre.*

**3) Hva er ditt arbeidssted?**

Molde kommune

Fræna kommune

Averøy kommune

Smøla kommune

Helse Møre og Romsdal HF

Annet

**4) Hvor mange år har du arbeidet ved ditt nåværende arbeidssted?**

Mindre enn ett år

1-2 år

3-5 år

6-10 år

11-15 år

Mer enn 15 år

**5) Hvordan vil du beskrive din stilling?**

Leder

Medarbeider uten lederansvar

**6) Innen hvilken tjeneste/rolle har du i ditt hovedarbeid ved ditt arbeidssted?**

Administrasjon/ledelse i kommunal sentraladministrasjon/helseforetak

Skole

Barnehage

Helsestasjon og/eller skolehelsetjeneste

PP-tjenesten

Barneverntjenesten

Legetjenesten

BUP

HABU

Annet

7) Deltok du i styrings-, prosjekt- eller arbeidsgruppe i prosjektet Kvalitet i alle ledd?

Ja

Nei

## 8) DEL 2: OM DE ULIKE KOMPONENTENE I SAMHANDLINGSFORLØPET

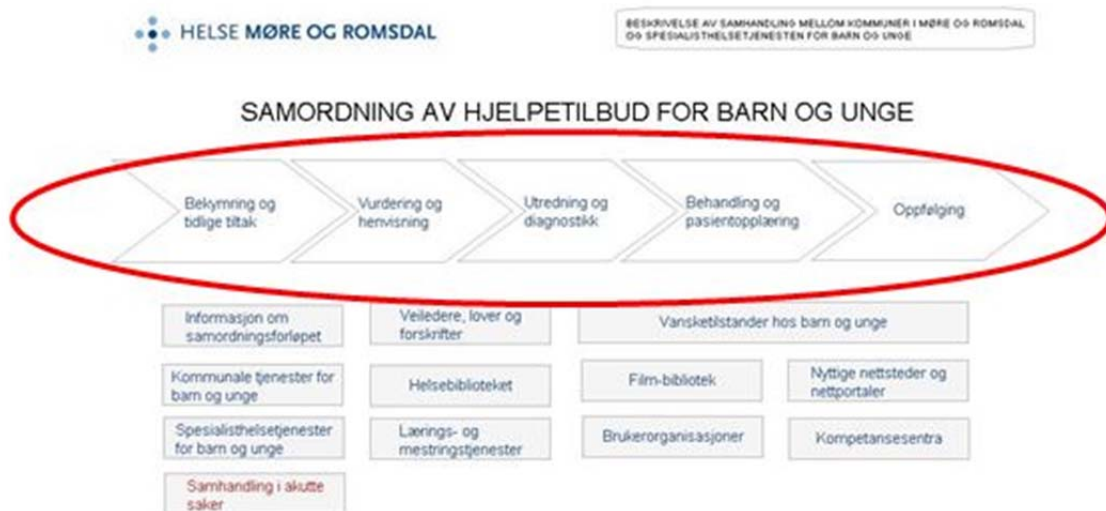
Samhandlingsforløpet kan tenkes inndelt i tre hovedkomponenter:

1. **Selve forløpsprosessen** med avklaring av ansvar og oppgaver i ulike faser – altså prosessen som følger pilene i forløpet
2. **Informasjonsbokser** med lenker til fagtjenester, veiledere, vansketilstander, brukerorganisasjoner, kompetansesenter og lignende
3. **Familiemøtet** – møtestedet mellom familie og fagpersoner i BUP og kommune for å finne riktig hjelp på riktig sted til riktig tid, og som foregår tidlig etter at bekymring for et barn oppstår.

*Vi vil nå stille deg noen spørsmål for hver av disse 3 komponentene i samhandlingsforløpet, og ønsker at du svarer på bakgrunn av dine erfaringer fra ditt arbeidssted.*

### Forløpsprosessen

Altså prosessen som følger pilene i forløpet:



9) Hvilken kjennskap har du til forløpsprosessen?

God kjennskap

Noe kjennskap

Verken eller

Lite kjennskap

Ingen kjennskap

**10) Har du selv brukt forløpsprosessen i ditt arbeid?**

Ja

Nei

## Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
- Hvis Har du selv brukt forløpsprosessen i ditt arbeid? er lik Ja
- )

Vær vennlig å velge den svarkategorien som best passer til dine erfaringer.

**11) Jeg opplever at forløpsprosessen har vært til nytte for mitt arbeid med barn og unge:**

Helt enig

Enig

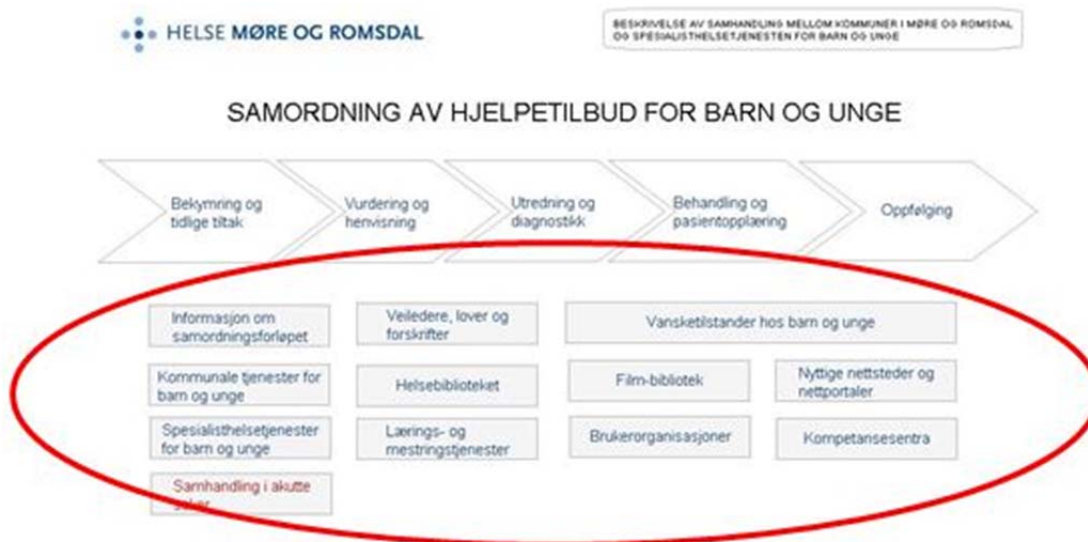
Verken enig eller uenig

Uenig

Helt uenig

### Informasjonsboksene

Bokser med lenker til fagtjenester, veiledere, vansketilstander, brukerorganisasjoner, kompetansesenter og lignende:



**12) Hvilken kjennskap har du til informasjonsboksene i forløpet?**

God kjennskap

Noe kjennskap

Verken eller

Lite kjennskap

Ingen kjennskap

**13) Har du selv brukt informasjonsboksene i forløpet i ditt arbeid?**

- Ja  
 Nei

## Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (  Hvis Har du selv brukt informasjonsboksene i forløpet i ditt arbeid? er lik Ja
- )

Vær vennlig å velge den svarkategorien som best passer til dine erfaringer.

**14) Jeg opplever at informasjonsboksene i forløpet har vært til nytte for mitt arbeid med barn og unge:**

- Helt enig  
 Enig  
 Verken enig eller uenig  
 Uenig  
 Helt uenig

### Familiemøtet

Møtestedet mellom familie og fagpersoner i BUP og kommune for å finne riktig hjelp på riktig sted til riktig tid. Familiemøtet foregår tidlig etter at bekymring oppstår.

**15) Hvilken kjennskap har du til familiemøtene?**

- God kjennskap  
 Noe kjennskap  
 Verken eller  
 Lite kjennskap  
 Ingen kjennskap

**16) Har du selv brukt eller deltatt i familiemøte i ditt arbeid?**

- Ja  
 Nei

## Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (  Hvis Har du selv brukt eller deltatt i familiemøte i ditt arbeid? er lik Ja
- )

Vær vennlig å velge den svarkategorien som best passer til dine erfaringer.

**17) Jeg opplever at familiemøtene har vært til nytte for mitt arbeid med barn og unge:**

- Helt enig

- Enig
- Verken enig eller uenig
- Uenig
- Helt uenig

**18) DEL 3: GENERELLE SPØRSMÅL OM SAMHANDLINGSFORLØPET**

VI ØNSKER AT DU SVARER PÅ RESTEN AV SPØRRESKJEMAET BASERT PÅ DE KOMPONENTENE I SAMHANDLINGSFORLØPET DU HAR BRUKT I DITT ARBEID.

Besvar spørsmålet på en skala fra 0 til 10.

**19) Når du bruker samhandlingsforløpet, HVOR innarbeidet opplever du at det er i ditt arbeid?**

- 0 - Opplevs fremdeles som veldig nytt
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 - Verken eller
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 - Opplevs som svært godt innarbeidet

Besvar spørsmålet på en skala fra 0 til 10.

**20) Opplever du at samhandlingsforløpet NÅ er blitt en naturlig del av ditt arbeid?**

- 0 - Ikke i det hele tatt
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 - Verken eller
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 - Helt og holdent

Besvar spørsmålet på en skala fra 0 til 10.

**21) Opplever du at samhandlingsforløpet VIL BLI en naturlig del av ditt arbeid?**

- 0 - Ikke i det hele tatt
- 1
- 2



25) For hvert av utsagnene, vær vennlig å velge den svarkategorien som best passer til dine erfaringer på skalaen fra "Helt enig" til "Helt uenig". Dersom utsagnet ikke er relevant for deg, vennligst velg en av de siste tre svarkategoriene som starter med "Ikke relevant...".

	Helt enig	Enig	Verken eller	Uenig	Helt uenig	Ikke relevant for min rolle	Ikke relevant på nåværende tidspunkt	Ikke relevant for samhandlingsforløpet
Jeg kan enkelt integrere samhandlingsforløpet i mine eksisterende arbeidsformer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samhandlingsforløpet er til hinder for samarbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har tillit til andre personers evne til å bruke samhandlingsforløpet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anvendelse av samhandlingsforløpet delegeres til de som har evne til å bruke det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er gitt nødvendig kurs/praksis/veiledning for å gjøre ansatte i stand til å bruke samhandlingsforløpet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er tilgjengelig nødvendige ressurser for å støtte opp under bruk av samhandlingsforløpet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledelsen støtter samhandlingsforløpet på en hensiktsmessig måte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26) For hvert av utsagnene, vær vennlig å velge den svarkategorien som best passer til dine erfaringer på skalaen fra "Helt enig" til "Helt uenig". Dersom utsagnet ikke er relevant for deg, vennligst velg en av de siste tre svarkategoriene som starter med "Ikke relevant...".

	Helt enig	Enig	Verken eller	Uenig	Helt uenig	Ikke relevant for min rolle	Ikke relevant på nåværende tidspunkt	Ikke relevant for samhandlingsforløpet
Jeg er kjent med tilbakemeldinger om hvordan samhandlingsforløpet fungerer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De ansatte er enige i at samhandlingsforløpet er verdt å bruke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever at samhandlingsforløpet har vært til nytte for mitt arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilbakemeldinger om samhandlingsforløpet kan brukes til å forbedre det i fremtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kan endre måten jeg arbeider på ut i fra samhandlingsforløpet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 27) DEL 5: SYN PÅ BRUK OG NYTTE AV SAMHANDLINGSFORLØPET

28) For hvert av utsagnene, vær vennlig å velge den svarkategorien som best passer til dine erfaringer på skalaen fra "Helt enig" til "Helt uenig". Dersom utsagnet ikke er relevant for deg, vennligst velg en av de siste tre svarkategoriene som starter med "Ikke relevant...".



	Helt enig	Enig	Verken eller	Uenig	Helt uenig	Ikke relevant for min rolle	Ikke relevant på nåværende tidspunkt	Ikke relevant for samhandlingsforløpet
Det er satt inn ekstra ressurser for å implementere samhandlingsforløpet ved mitt arbeidssted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er andre større satsinger som er innført samtidig som samhandlingsforløpet ved mitt arbeidssted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedre oppfølging og veiledning ville ført til at jeg brukte samhandlingsforløpet i større grad enn jeg gjør nå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samhandlingsforløpet vil føre til merarbeid for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samhandlingsforløpet har endret min måte å arbeide på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endringer som følge av samhandlingsforløpet har vært til nytte for barn og unge med hjelpebehov og deres familier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samhandlingsforløpet vil gi bedre tjenester til barn og unge med hjelpebehov og deres familier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 29) DEL 6: DINE TILBAKEMELDINGER OM SAMHANDLINGSFORLØPET

30) Har du andre kommentarer eller tilbakemeldinger rundt implementering og bruk av samhandlingsforløpet i din tjeneste eller ved ditt arbeidssted?

◀

▶

# PUBLIKASJONER AV FORSKERE TILKNYTTET HØGSKOLEN I MOLDE OG MØREFORSKING MOLDE AS

[www.himolde.no](http://www.himolde.no) – [www.moreforsk.no](http://www.moreforsk.no)

**2014 - 2016**

Publikasjoner utgitt av høgskolen og Møreforskning kan kjøpes/lånes fra  
Høgskolen i Molde, biblioteket, Postboks 2110, 6402 MOLDE.  
Tlf.: 71 21 41 61, epost: [biblioteket@himolde.no](mailto:biblioteket@himolde.no)

## Egen rapportserie

Skrove, Guri K. og Bachmann, Kari (2016): *Kvalitet i alle ledd. Samordning av hjelpetilbud til barn og unge.* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1606. Møreforskning Molde AS. 94 s. Pris: 100,-

Grønvik, Cecilie Kartrine Utheim og Ulvund, Ingeborg (2016): *Etablering, gjennomføring og evaluering av videreutdanning i kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Molde.* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1605. Møreforskning Molde AS. 31 s. Pris: 50,-

Müller, Falko; Rekdal, Jens; Svendsen, Hilde J. ; Zhang, Wei og Bråthen, Svein (2016): *Samfunnsøkonomisk analyse av ny lufthavn ved Mo i Rana. En analyse gjennomført ved bruk av persontransportmodellen NTM6.* 2016. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1604. Møreforskning Molde AS. 67 s. Pris: 50,-

Svendsen, Hilde; Zhang, Wei, Rekdal, Jens og Bråthen, Svein (2016): *Ny ferjeforbindelse mellom Aure og Hitra. Oppdaterte trafikk tall og samfunnsøkonomi 2015.* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1602. Møreforskning Molde AS. 37 s. Pris: 50,-

Rye, Mette (2016): *Beregning av kostnadsøkning i sone 1a og 4a i ny ordning for differensiert arbeidsgiveravgift.* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1601. Møreforskning Molde AS. 21 s. Pris: 50,-

Svendsen, Hilde Johanne og Müller, Falko (2015): *Forvaltningsrevisjon av ferje anboda i Møre og Romsdal.* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1519. Møreforskning Molde AS. 63 s. Pris: 100,-

Julnes, Signe Gunn; Grønvik, Cecilie Katrine Utheim og Eines, Trude Fløystad (2015): *Implementering av Nasjonalt Kvalifikasjonsrammeverk for høyere utdanning i et nytt veilednings- og vurderingsdokument i praksis for sykepleierstudenter.* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1518. Møreforskning Molde AS. 28 s. Pris: 50,-

Bergem, Bjørn G.; Bremnes, Helge og Hervik, Arild (2015): *Resultatmåling av brukerstyrt forskning 2013.* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1517. Molde: Møreforskning Molde AS. 77 s. Pris: 100,-

Bachmann, Kari; Bergem, Bjørn G. og Hervik, Arild (2015): *Grunnskoleopplæring til barn og unge som bor i asylmottak og omsorgssentre. En undersøkelse av tilskuddsordningen til grunnskoleopplæring til barn og unge som bor i asylmottak og omsorgssentre.* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1516. Molde: Møreforskning Molde AS. 46 s. Pris: 50,-

Müller, Falko; Bråthen, Svein and Svendsen, Hilde J. (2015): *The Arctic Circle Airport – A Comparative Study.* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1515. Molde: Møreforskning Molde AS. 46 s. Pris: 50,-

Hauge, Kari Westad; Maasø; Anne Grete; Barstad, Johan; Elde, Hanne Svejstrup; Karlsholm, Guro; Stamnes, Astrid; Skjong, Gerd; Skår, Janne-Rita og Thingnes, Elin Rødahl (2015): *Kvalitet og kompetanse i praksis-veiledning av studenter i helse- og sosialfag i spesialisthelsetjenesten.* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1514. Molde: Møreforskning Molde AS. 116 s. Pris: 150,-

Bachmann, Kari; Skrove, Guri K. og Groven, Gøril (2015): *Evaluering av "Den gode skoleeier". Kommuners arbeid med skoleeierrollen og erfaringer med skoleeierprogrammet*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1513. Molde: Møreforskning Molde AS. 61 s. Pris: 100,-

Groven, Gøril; Skrove, Guri K. og Bachmann, Kari (2015): *Fremtidens eldreomsorg. Kunnskapsgrunnlag tilknyttet bygging av nytt omsorgssenter i Aukra kommune* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1512. Molde: Møreforskning Molde AS. 55 s. Pris: 100,-

Rekdal, Jens; Hamre, Tom N. og Zhang, Wei (2015): *Etablering av modeller for tilbringertrafikk til flyplasser*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1511. Molde: Møreforskning Molde AS. 76 s. Pris: 100,-

Svendsen, Hilde Johanne og Bråthen, Svein (2015): *Samfunnsøkonomisk analyse av endret lufthavnstruktur i Midt- og Nord-Norge* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1510. Molde: Møreforskning Molde AS. 36 s. Pris: 50,-

Bråthen, Svein; Thune-Larsen, Harald; Oppen, Johan; Svendsen, Hilde Johanne.; Bremnes, Helge; Eriksen, Knut S.; Bergem, Bjørn G. og Heen, Knut P.: *Forslag til anbudsopplegg for regionale flyruter i Nord-Norge*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1509 2. utgave. Molde: Møreforskning Molde AS. 147 s. Pris: 150,-

Bråthen, Svein; Thune-Larsen, Harald; Oppen, Johan; Svendsen, Hilde Johanne.; Bremnes, Helge; Eriksen, Knut S.; Bergem, Bjørn G. og Heen, Knut P.: *Forslag til anbudsopplegg for regionale flyruter i Nord-Norge*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1509. Molde: Møreforskning Molde AS. 147 s. Pris: 150,-

Oterhals, Oddmund og Kvasdheim, Nina Pereira (2015): *Sjøportalen. Delrapport 1: Behovsavklaring – gevinstpotensialer*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1508. Molde: Møreforskning Molde AS. 28 s. Pris: 50,-

Rye, Mette (2015): *Merkostnad i privat sektor i sone 1a og 4a etter omlegging av differensiert arbeidsgiveravgift*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1507. Molde: Møreforskning Molde AS. 22 s. Pris: 50,-

Skrove, Guri K.; Groven, Gøril og Bachmann, Kari (2015): *Sammen om rehabilitering i nærmiljøet. Sluttevaluering av "Livsnær livshjelp" – et samhandlingsprosjekt om rehabiliteringsbrukere i Aure*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1506. Molde: Møreforskning Molde AS. 33 s. Pris: 50,-

Skrove, Guri K.; Oterhals, Geir; Groven, Gøril og Bachmann, Kari (2015): *"Sulten og tørst, men Stikk UT! først" En brukerundersøkelse av turkassetrimmen Stikk UT!* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1505. Molde: Møreforskning Molde AS. 40 s. Pris: 50,-

Svendsen, Hilde Johanne; Bråthen, Svein og Tveter, Eivind (2015): *Samfunnsøkonomisk analyse av endret lufthavnstruktur i Sør-Norge*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1504. Molde: Møreforskning Molde AS 34 s. Pris: 50,-

Tveter, Eivind; Bråthen, Svein; Eriksen, Knut Sandberg; Svendsen, Hilde Johanne og Thune-Larsen, Harald (2015): *Samfunnsøkonomisk analyse av lufthavnkapasiteten i Oslofjordområdet*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1503. Molde: Møreforskning Molde AS. 47 s. Pris: 50,-

Kaurstad, Guri; Bachmann, Kari; Bremnes, Helge og Groven, Gøril (2015): *KS FoU-prosjekt nr. 134033. Trygg oppvekst – helhetlig organisering av tjenester for barn og unge*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1502. Molde: Møreforskning Molde AS. 107 s. Pris: 150,-

Kristoffersen, Steinar og Mennink, Marcel (2015): *Mulighetsanalyser for jaktturisme i Gjemnes*. Møreforskning Molde AS nr. 1501. Molde: Rapport / Møreforskning Molde AS. 45 s. Pris: 50,-

Kaurstad, Guri; Oterhals, Geir; Hoemsnes, Helene, Ulvund, Ingeborg og Bachmann, Kari (2014): *Deltakelse i organiserte fritidstilbud. Spesiell vekt på barn og unge med innvandrereforeldre*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1417. Molde: Møreforskning Molde AS. 92 s.

Rekdal, Jens; Hamre, Tom N.; Løkketangen, Arne; Zhang, Wei og Larsen Odd I.(2014): *Inkludering av innfartsparkering i TraMod\_By: TraMod\_IP*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1416. Molde: Møreforskning Molde AS 125 s. Pris: 150,-

Kristoffersen, Steinar (2014): *Remontowa Launch and Recovery System (LARS) Minus 40*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1415. Molde: Møreforskning Molde AS. 39 s. KONFIDENSIELL

Shlopak, Mikhail; Bråthen, Svein; Svendsen, Hilde Johanne og Oterhals, Oddmund (2014): *Grønn Fjord. Bind II. Beregning av klimagassutslipp i Geiranger*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1413. Molde: Møreforskning Molde AS. 53 s. Pris: 100,-

Svendsen, Hilde Johanne; Bråthen, Svein og Oterhals, Oddmund (2014): *Grønn Fjord. Bind I. Analyse av metningspunkt for trafikk i Geiranger*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1412. Molde: Møreforskning Molde AS. 27 s. Pris: 50,-

Heen, Knut Peder (2014): *Kontraksstrategier for local leverandørindustri*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1411. Molde: Møreforskning Molde AS. 31 s. Pris: 50,-

Bråthen, Svein; Tvetter, Eivind; Solvoll, Gisle og Hanssen, Thor Erik Sandberg (2014): *Luftfartens betydning for utvalgte samfunnssektorer. Eksempler fra petroleum, kultur og sport*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1410. Molde: Møreforskning Molde AS. 98 s. Pris: 100,-

Kristoffersen, Steinar; Shlopak, Mikhail; Oppen, Johan og Jünge, Gabriele (2014): *Logistikkoptimalisering i BioMar Norge AS*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1409. Molde: Møreforskning Molde AS. 41 s. Pris: 50,-

Bråthen, Svein; Zhang, Wei og Rekdal, Jens (2014): *Todalsfjordforbindelsen. Anslag på trafikale og prissatte samfunnsøkonomiske konsekvenser*. Rapport/Møreforskning Molde AS nr. 1408. Molde: Møreforskning Molde AS. 47 s. Pris: 50,-

Witsø, Elisabeth (2014): *IA-holdningsbarometer Møre og Romsdal. Ledere og ansattes erfaringer med og syn på IA-arbeidet i virksomheten*. Rapport/Møreforskning Molde AS nr. 1407. Molde: Møreforskning Molde AS. 51 s. Pris: 100,-

Kristoffersen, Steinar; Jünge, Gabriele Hofinger og Shlopak, Mikhail (2014): *Planlegging, produksjon og prosessdata. Hva påvirker kvalitet og leveransepresisjon?* Rapport/Møreforskning Molde AS nr. 1406. Molde: Møreforskning Molde AS. 37 s. KONFIDENSIELL

Bergem, Bjørn G., Hervik, Arild og Oterhals, Oddmund (2014): *Supplier effects Ormen Lange 2008-2012*. Rapport /Møreforskning Molde AS nr. 1405. Molde: Møreforskning Molde AS 27 s. Pris: 50,-

Hervik, Arild; Bergem, Bjørn G. og Bræin, Lasse (2013) *Resultatmåling av brukerstyrt forskning 2012*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1404. Molde: Møreforskning Molde AS. 117 s. Pris: 150,-

Kaurstad, Guri; Witsø, Elisabet og Bachmann, Kari (2014): *Livsnær livshjelp. Rehabilitering i nærmiljøet*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1403. Molde: Møreforskning Molde AS 35 s. Pris: 50,-

Bergem, Bjørn G., Hervik, Arild og Oterhals, Oddmund (2014): *Leverandøreffekter Ormen Lange 2008-2012*. Rapport /Møreforskning Molde AS nr. 1402. Molde: Møreforskning Molde AS 25 s. Pris: 50,-

Oterhals, Oddmund og Guvåg, Bjørn (2014): *Lean Shipbuilding II – Sluttrapport*. Rapport /Møreforskning Molde AS nr. 1401. Molde: Møreforskning Molde AS 29 s. Pris: 50,-

## **ARBEIDSRAPPORTER / WORKING REPORTS**

Grønvik, Cecilie Utheim og Julnes, Signe Gunn (2015): *Innovative læringsaktiviteter bidro til at sykepleie studenter opplevde læringsutbytte i kvantitativ metode*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS AS nr. M 1501. Møreforskning Molde AS. 26 s. Pris: 50,-

Larsen, Odd I. (2014): *Validering av godstransportmodellen*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1403. Møreforskning Molde AS. 31 s. Pris: 50,-

Kaurstad, Guri; Hoemsnes, Helene; Ulvund, Ingeborg og Bachmann, Kari (2014): *Deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter blant barn og unge i Kristiansund. Levekårsprosjektet i Kristiansund*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1402. Møreforskning Molde AS. 75 s. Pris: 100,-

Rye, Mette (2014): *Merkostnad i privat sektor i sone 1A og 4A etter omlegging av differensiert arbeidsgiveravgift. Estimert for 2014*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1401. Møreforskning Molde AS. 22 s. Pris: 50,-

## ARBEIDSNOTATER / WORKING PAPERS

Ødegård, Atle; Sæbjørnsen, Siv Elin Nord; Hegdal, Tone; Bergum, Inger Elisabeth; Brask, Ole David; Inderhaug, Hans; Iversen, Hans Petter; Hoemsnes, Helene; Myklebust, Kjellaug Klock; Bekkevold, Nils; Almås, Synnøve Hofseth; Vasset, Frøydis Perny; Willumsen, Elisabeth (2015) *Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) ved Høgskolen i Molde*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2015:5. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Lode, Andrea (2015) *Evaluering av etableringstilskudd i Aukra kommune*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2015:4. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

May Østby, Kari Høium, Thrine Marie Nøst Bromstad, Yngvar Bjarne Hurlen, Randi Brevik, Claus A. Giskemo, Lars Klintwall (2015) *"Jeg ønsker å lese bedre!" : intensiv leseopplæring for en elev med ADHD*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2015:3. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Bakken, Hege (2015) *"Mulig det finnes en angreknapp?" : mestringsstillit og IKT-kompetanse hos den voksne deltids vernepleierstudent*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2015:2. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Norlund, Ellen Karoline (2015) *Supply vessel planning under cost, environment and robustness Considerations*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2015:1. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Dale, Karl Yngvar (2014) *Traumatic stress, personality and psychobiological health : conceptualizations and research findings*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2014:6. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Norlund, Ellen Karoline; Gribkovskaia, Irina (2014) *Environmental performance of speed optimization strategies in offshore supply vessel planning under weather uncertainty*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2014:5. Molde : Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Dale, Karl Yngvar; Ødegård, Atle (2014) *Examining the Construct of Dissociation within the Framework of G-theory*. Arbeidsnotat : Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, 2014:4. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Iversen, Hans Petter; Folland, Thore (2014) *Psykisk helsearbeid i Romsdalskommunene : organisering og ledelse : kommunenettverket*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2014:2. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Solnes, Oskar; Dolles, Harald; Gammelsæter, Hallgeir; Kåfjord, Sondre; Rekdal, Eddie; Straume, Solveig; Egilsson, Birnir (2014) *Toppfotballens betydning for vertsregionen : en studie av Molde Fotballklubbets betydning for Molderegionen*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2014:1. Molde : Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 100,-

## Rapporter publisert av andre institusjoner

Hanssen, Thor-Erik Sandberg; Solvoll, Gisle; Bråthen, Svein; Tveter, Eivind (2014) *Luftfartens betydning for universitet og høyskoler*. SIB-rapport, 3/2014. Bodø : Handelshøgskolen i Bodø.  
Haugenes, Marit; Østby, May (2014) *Mitt hjem – min arbeidsplass : arbeidshefte*. HiMolde, HINT, HIST og Senter for Omsorgsforskning.

Hovi, Inger Beate; Bråthen, Svein; Hjelle, Harald M.; Caspersen, Elise (2014) *Rammebetingelser i transport og logistikk*. TØI-rapport, 1353/2014. Oslo: Transportøkonomisk Institutt.

Knutzen, Maria; Bjørkly, Stål; Bjørnstad, Martin; Furre, Astrid; Sandvik, Leiv (2014) *Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i 2012*. Ullevål: Oslo universitetssykehus HF.

Olaussen, Svein; Bråthen, Svein; Tveter, Eivind; Reigstad, Erlend; Bertschler, Gunnar; Dahl, Malin; Zhang, Wei; Rekdal, Jens Ludvig (2014) *Kvalitetssikring av konseptvalg (KS1) for transportsystemet i Tønsbergregionen : rapport til Samferdselsdepartementet og Finansdepartementet : versjon 1.0.* : Metier AS; Møreforskning Molde AS.

Olaussen, Svein; Tendal, Øyvind; Johansen, Stig; Sem, Vidar; Bråthen, Svein; Bremnes, Helge; Grubbmo, Espen; Ræder, Asbjørn Dyrnes (2015) *KSP-rapport nr. 1 for modernisering av IKT i NAV : rapport til Finansdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet.* : Metier ; Møreforskning Molde AS.

Solibakke, Per Bjarte (2014) *Stochastic volatility models for the european electricity markets : Forecasting and extracting conditional moments for option pricing and implied market risk premiums*. USAEE Working Paper No. 14-169. Social Science Research Network (SSRN).

Sutorius, Steffen; Lilleland-Olsen, Magne; Østensjø, Ingrid Nord; Grubbmo, Espen; Bråthen, Svein (2015) *Kvalitetssikring fase 1 (KS1 – konseptvalg) av utvikling av Nationaltheatret : rapport til Kulturdepartementet og Finansdepartementet*. Metier AS og Møreforskning Molde AS.

Sundal, Hildegunn (2014) *Inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus*. Bergen : Universitetet i Bergen.

Thune-Larsen, Harald; Bråthen, Svein; Eriksen, Knut Sandberg (2014) *Forslag til anbudsopplegg for regionale flyruter i Sør-Norge*. TØI-rapport, 1331/2014. Oslo: Transportøkonomisk institutt.

Torgersen, Paul; Johansen, Stig; Bråthen, Svein; Tveter, Eivind; Bremnes, Helge; Grubbmo, Espen; Dahl, Malin (2015) *Kvalitetssikring av konseptvalg «Framtidig lokalisering av Campus NTNU» : rapport til Kunnskapsdepartementet og Finansdepartementet.* : Metier; Møreforskning Molde.

TFS 2016-05-03





**MØREFORSKING**

MOLDE

MØREFORSKING MOLDE AS

Britvegen 4

NO-6410 Molde

TEL +47 71 21 40 00

mfm@himolde.no

www.moreforsk.no

NO 984 369 344



**MØREFORSKING**



**Høgskolen i Molde**  
Vitenskapelig høgskole i logistikk

---