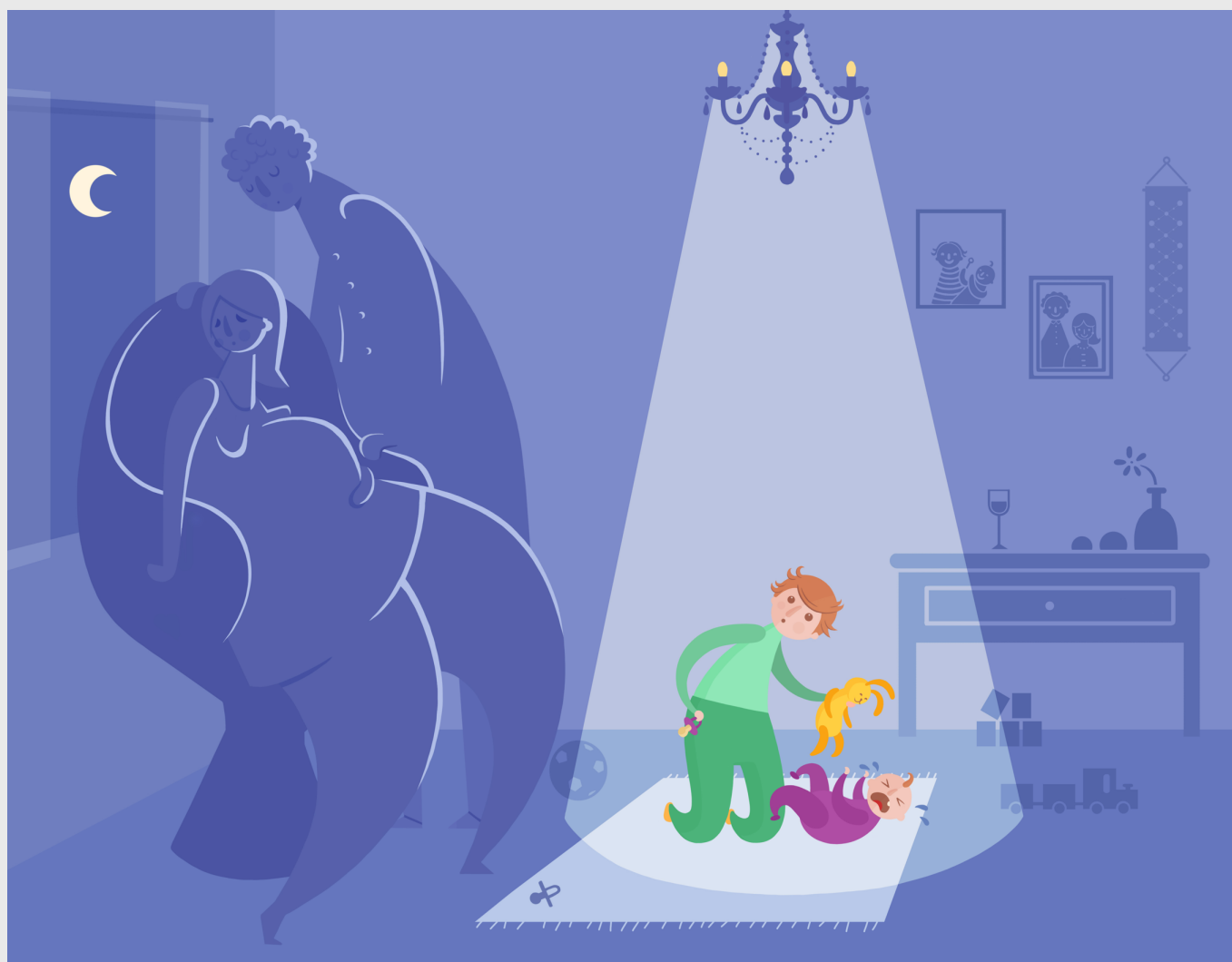


Rapport – nr. 88/2018

Silje Louise Dahl og Roar Stokken

Forskarblikk på Barneblikk

Statusvurdering 2018



HØGSKULEN I VOLDA

Forfatter	Silje Louise Dahl og Roar Stokken
Utgjevar	Høgskulen i Volda
År	2018
Serie	Rapport
ISBN	978-82-7661-337-7 (digital utgåve)
ISSN	1891-5981
Sats	Roar Stokken
Forsideillustrasjon	Martine Grande

Forskarblikk på Barneblikk - Statusvurdering 2018



Lov om opphavsrett og vanleg sitatrett gjeld. Teksten er frigjeven i samsvar med Creative Commons lisens (CC BY-NC-ND 4.0). Du kan dermed dele, kopiere, distribuere og spreie notatet i det mediet og den forma du ønskjer på følgjande vilkår:

Namngiving: Du må gi opp korrekt kreditering og ei lenke til lisensen.

IkkjeKommersiell: Du kan ikkje bruke materialet til kommersielle formål.

IngenBearbeiding: Dersom du remixar, omarbeider eller byggjer ut materialet, kan du ikkje distribuere det endra materialet.

FORORD

Barneblikksatsinga og høgskulane i Volda og Molde har inngått ein samarbeidsavtale med tre målsetjingar: å skape kunnskap som er relevant for alle partane, styrke samarbeidet mellom Barneblikksatsinga og høgskulane, og styrke samhandlinga mellom praksis- og utdanningsfeltet.

Med utgangspunkt i denne avtalen, har styringsgruppa for Barneblikk i Møre og Romsdal Høgskulen i Volda, i samarbeid med Høgskulen i Molde, i oppgåve å gjere ei vurdering av kvar satsinga står i dag og kva ein bør jobbe med framover.

I vurderinga tek vi utgangspunkt i dei føringane som ligg til grunn for satsinga og i informasjon frå dei lokale prosessgruppene. Føringane kjem mellom anna til uttrykk i oppdragsdokument, beslutningsgrunnlag og referat frå styringsgruppa.

Informasjonen frå dei lokale prosessgruppene er henta frå presentasjonane og diskusjonane på Erfaringssamlinga i Molde 25. mai 2018. Vi vil i denne rapporten skildre kvar arbeidet med Barneblikk i Møre og Romsdal står i dag, og drøfte korleis arbeidet som er gjort i dei lokale prosessgruppene står i høve til føringane som er gitt. Ut i frå dette vil vi peike på moglege utviklingsområde.

Vi vil takke Helene Hoemsnes og Kaja Bolsø for å ha bidrege til å hente inn data på Erfaringssamlinga i Molde. Vi vil vidare takke professor Finn Ove Båtevik for god hjelp i ferdigstillingsfasen.

Volda 5/10-2018

Silje Louise Dahl
Roar Stokken

INNHALD

INNLEIING.....	7
TEORETISK VERKTYKASSE.....	9
BAKGRUNN FOR BARNEBLIKKSATSINGA NASJONALT OG REGIONALT	13
NASJONALE FØRINGAR.....	13
REGIONALE FØRINGAR.....	14
FØRINGAR I MØRE OG ROMSDAL	14
STODA I MØRE OG ROMSDAL	14
BARNEBLIKKSATSINGA I MØRE OG ROMSDAL	17
ETABLERING AV SATSINGA	17
<i>Oppdragsbeskrivelsen</i>	<i>18</i>
<i>Forankring og kartlegging</i>	<i>19</i>
RAPPORTEN OM BARNEBLIKKSATSINGA.....	19
STYRINGSGRUPPA	20
INNHALDET I STYRINGSGRUPPEMØTA	21
VIKTIGE HENDINGAR I SATSINGA	23
VURDERING AV INNHALDET I STYRINGSGRUPPEMØTA.....	24
ERFARINGSSAMLINGA I MOLDE.....	25
STYRINGSGRUPPA SITT PERSPEKTIV	25
LEGAR MED BARNEBLIKK.....	27
HOVUDTREKK FRÅ PROSESSGRUPPENE	28
ÅLESUND:	28
<i>Spørsmål til det vidare arbeidet.....</i>	<i>28</i>
MOLDE:.....	29
<i>Spørsmål til det vidare arbeidet.....</i>	<i>29</i>
KRISTIANSUND.....	29
<i>Spørsmål til det vidare arbeidet.....</i>	<i>30</i>
ULSTEIN:.....	30
<i>Spørsmål til det vidare arbeidet.....</i>	<i>31</i>
DEI FEM INNHALDSOMRÅDA I BARNEBLIKK	33
LÅGTERSHEL.....	33
<i>Spørsmål og råd til det vidare arbeidet.....</i>	<i>34</i>
FAMILIEPERSPEKTIV.....	35
<i>Spørsmål og råd til det vidare arbeidet.....</i>	<i>36</i>
BRUKARMEDVERKNAD	36
<i>Spørsmål og råd til det vidare arbeidet.....</i>	<i>37</i>
TIDLEG INNSATS.....	37
<i>Spørsmål og råd til det vidare arbeidet.....</i>	<i>38</i>
TVERRPROFESJONELLE TENESTER.....	38
<i>Spørsmål og råd til det vidare arbeidet.....</i>	<i>38</i>

TANKAR OM VEGEN VIDARE.....	39
MÅLGRUPPEDEFINERING.....	39
<i>Vurderingar og råd</i>	40
ORGANISATORISK OG FYSISK Plassering som grunnlag for samarbeid	40
<i>Vurderingar og råd</i>	41
MOBILISERING, MOTSTAND OG STØTTE.....	42
<i>Vurderingar og råd</i>	42
TENESTEINNOVASJON	43
<i>Vurderingar og råd</i>	44
OPPSUMMERING	45
REFERANSAR.....	47

INNLEIING

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har gitt alle helseføretak i oppdrag å styrke oppfølgingstilbodet til gravide og småbarnsfamiliar som har utfordringar knytt til psykisk helse eller rusmiddelbruk. Styrkinga er retta mot dei som ikkje får godt nok tilbod gjennom dei ordinære tenestene. Målet er å redusere belastninga borna får grunna foreldra sine utfordringar. Tilbodet skal vere eit lett tilgjengeleg lågterskeltilbod i ein tidleg fase i problemutviklinga. Intensjonen er at det skal møte behov hos alle familiemedlemmene når nokon slit med rus eller psykiske vanskar, enten dei er vaksne eller born. Tilbodet skal vidare ha ein tverrfagleg profil og arbeide ut frå eit heilskapleg familieperspektiv. Alle tenester som møter enten born eller vaksne i familien er relevante samarbeidspartnarar, enten dei høyrer til i offentleg, privat eller frivillig sektor. Barneblikk er Helse Møre og Romsdal si satsing for å styrke dette tilbodet i fylket.

Barneblikk-satsinga i Møre og Romsdal er eit større utviklingsarbeid sett i verk for å møte oppdraget frå Helse- og omsorgsdepartementet. Satsinga er blant dei yngste satsingane i landet, noko som har gitt høve til å hente erfaringar frå andre helseføretak. Dette, kombinert med dei geografiske og demografiske tilhøva i fylket, har gjort at ein har valt ein annan modell enn dei fleste andre føretaka. Det mest spesielle er at satsinga er initiert som eit samarbeid mellom spesialisthelseteneste, vertskommune og Fylkesmannen. Her har ein mellom anna henta inspirasjon frå Oslo, der satsinga er plassert i ein bydel. Ut ifrå faglege grunngevingar og ønske frå kommunane er tilboda i Møre og Romsdal plassert i kommunane.

Barneblikk-satsinga legg såleis opp til eit nært samarbeid mellom kommunalt nivå og spesialisthelsetenesta. Ideelt sett skal tilsette frå begge nivåa, med kompletterande kompetanse og ansvarsområde, inngå i arbeidsfellesskap som samarbeider om støtte- og oppfølgingstilbod til familiarne. Satsinga inneber dermed eit betydeleg arbeid med å etablere nye organisatoriske strukturar og samarbeidsfora, og å utvikle dei eksisterande strukturane slik at dei fungerer i tråd med visjonane og måla i satsinga.

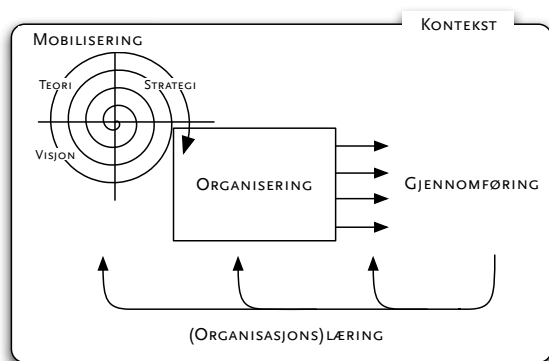
I utviklings- og endringsarbeid er organisasjonslæring ein sentral faktor (Amdam, 1997, 2005). Læring kan mellom anna skje ved at ein evaluerer arbeidet som er

gjort, og brukar erfaringane til å justere det vidare arbeidet. Styringsgruppa for Barneblikk i Møre og Romsdal har gitt Høgskulen i Volda, i samarbeid med Høgskulen i Molde, i oppgåve å bidra til slik læring. Styringsgruppa ønskjer ei vurdering av kvar satsinga står i dag og kva ein bør jobbe med framover. Vurderinga tek utgangspunkt i føringane som ligg til grunn for satsinga og informasjon frå dei lokale prosessgruppene. Føringane kjem mellom anna til uttrykk i oppdragsdokument, beslutningsgrunnlag og referat frå styringsgruppa. Informasjonen frå dei lokale prosessgruppene kjem frå presentasjonane og diskusjonane frå Erfaringssamlinga i Molde 25. mai 2018. Vi vil i denne rapporten vise kvar arbeidet med Barneblikk i Møre og Romsdal står i dag, og drøfte korleis arbeidet som er gjort i dei lokale prosessgruppene står i høve til føringane som er gitt. Ut i frå dette vil vi peike på moglege utviklingsområde.

TEORETISK VERKTYKASSE

Med grunnlag i Friedmann (1992) og Habermas (1984) har Amdam (1997, 2005) utvikla ein modell som viser at utviklingsarbeid er avhengig av balanse mellom fem sentrale variablar: kontekst, mobilisering, organisering, implementering og (organisasjonsmessig) læring. Amdam (2005) argumenterer for at ein ved å påverke desse variablane, vil kunne bygge kunnskap og stimulere til handling. Kjernen i denne strategien er å legge til rette for balanse mellom *ovanfrå-og-ned*-styring og *nedanfrå-og-opp*-mobilisering.

Gangen i prosessen er ikkje slik at ein skal legge opp til å påverke variablane i ei bestemt rekkefølge. Røynsle har mellom anna vist at dersom ein ønskjer å skape mobilisering, kan det å etablere realistiske strukturar eller gjennomføre konkrete handlingar vere nyttig. Dette fordi folk då får engasjert seg i noko konkret og nyttig. Det å søke etter og stimulere det som til ei kvar tid er det svakaste leddet, vert såleis viktig for å støtte ønskt utvikling. I fylgje Amdam (2005), må alle dei fem variablane fungere saman for å skape den endringa eller utviklinga ein ønskjer.



Figur 1 – basert på R. Amdam (2005)

Konteksten er den situasjonen ein står i: Kva lokale og nasjonale føringar og prinsipp som finst, kombinert med korleis samspelet mellom eksterne og interne krefter er. Konteksten femner dermed om dei ytre vilkåra for at eit prosjekt skal kunne lukkast. Dette handlar til dømes om lover og regelverk, overordna rammer og faglege standardar. Barneblikk-satsinga sine målsetjingar, plan for gjennomføring og økonomiske rammer er spesielt viktige her.

Mobilisering handlar om det å aktivisere og samle aktørar for å fremje ei felles forståing for situasjonar og skape oppslutning om mål og handling. Ein søker å kome fram til og styrke felles oppfatningar om viktige utviklingstrekk, utfordringar og korleis ein i organisasjonen kan arbeide for å nå felles mål. Dette krev at ein greier å fokusere på viktige strukturar og prosessar, samt samanhengar mellom satsinga og omgjevnadane. Aktørane må også avklare korleis dei kan arbeide for å påverke desse elementa og relasjonane. Det å skape oppslutnad om eigne ressursar vert såleis svært viktig i mobiliseringsarbeidet (Amdam, 2005). I denne samanheng er det å forankre Barnebliksatsinga i leining viktig for å sikre varig drift. For å nå målsettingane, må satsinga også forankrast blant dei som faktisk skal utføre arbeidet og blant dei som skal oppdage og kople familiar i målgruppa til satsinga.

Organisering gjeld det å danne og tilpasse mellombelse og varige strukturar for å få gjennomført utviklingsarbeidet. Det å skape slike strukturar er ofte ei naturleg – men vanskeleg – oppfølging av mobiliseringsprosessar (Hagen, 1991). I Barneblikk har ein tilsett koordinator, oppretta styringsgruppe og lokale prosessgrupper. Også det å tilpasse aktiviteten i satsinga til dei eksisterande strukturane i kommunane og spesialisthelsetenesta er ein vesentleg del av organiseringsvariabelen.

Gjennomføring handlar om å ha verkemiddel og makt til å følgje opp og sikre at utviklingsarbeidet vert gjort i samsvar med visjonar og strategiar.

Organisasjonsapparatet må ha ressursar, kapasitet og verkemiddel til å følgje opp tiltak, endringar, aktivitetar m.m., slik at dei vert iverksette på ein måte som er i tråd med visjonane og strategiane i satsinga. Barnebliksatsinga har ikkje makt til å gjennomføre alle dei planlagde handlingane åleine, men er avhengig av gjennomføringsmakt hos andre aktørar. I denne samanhengen vert eldsjeler med kunnskap, kompetanse, kreativitet og tid til engasjement og aktivitetar avgjerande (Amdam, 2005). Det at desse får vere med å påverke satsinga er viktig for motivasjonen. Kunsten er dermed å sameine ovanfrå-og-ned styring med nedanfrå-og-opp engasjement.

Læring er i denne samanhengen tilbakemeldingsprosessar i organisasjonen som fører til endringar, og er knytt til heile satsinga som heilskap. Tilbakemelding og evaluering er nødvendige element i utviklingsarbeid. Der er nyttig å samle erfaringar frå tiltak og aktivitetar, slik at denne kunnskapen kan brukast til å endre/justere praksis. Dette er nødvendig for å halde levande ein lærande prosess som kan støtte, vidareutvikle og korrigere kulturar. Det er gjennom den tilbakeskodande evalueringa at enkeltstående og avslutta aktivitetar kan gje bidrag til forståing av heilskapar og til tolking av prosessar (Amdam, 2005). Denne rapporten og erfaringssamlinga som rapporten byggjer på, er døme på slike tiltak.

Evalueringprosessar inneber systematisk innhenting og gjennomgang av informasjon og gjev grunnlag for statusrapportering og høve til ettersyn/revisjon frå utanforstående. Det er viktig at desse gjev bidrag til å erkjenne den verkelege

situasjonen. Samanhengar mellom årsak og verknad og mellom mål og middel kan gje grunnlag for å endre innhaldet i planlegginga. Mest av alt er det likevel viktig at styringsstrukturane i satsinga sikrar at evalueringa verkeleg medfører endringar i både haldningar og handlingar, og i neste omgang til endring i kulturen.

BAKGRUNN FOR BARNEBLIKKSATSINGA NASJONALT OG REGIONALT

Barneblikk i Møre og Romsdal er eit resultat av ei nasjonal satsing, der alle regionale helseføretak gjennom oppdragsdokument har fått ansvar for å byggje opp tilbod. Satsinga byggjer på nasjonale føringar der tverrfagleg samarbeid mellom både nivå og sektorar/etatar/organisasjonar vert sett som sentralt for å skape gode tilbod. I starten var det øyremerkte midlar til satsinga i helseføretaket, utan at desse var store nok til å kunne dekkje arbeidet som skulle til for å nå satsinga sin ambisjon. I dag er finansieringa ein del av basisløyvinga til helseføretaka, noko som medfører ei tydeleg forventning om at satsinga skal føre til varige tiltak.

NASJONALE FØRINGAR

Den politiske basisen for Barneblikksatsinga er å finne i Meld. St. 30 (2011-2012) «Se meg!». I kapittel 7 «Solidaritet med særleg utsatte mennesker» vert modellforsøk og forsøk med lågterskeltiltak omtalt i underkapittel 7.1.3. Målet med desse forsøka var å utvikle og finne fram til gode modellar for tidleg intervensjon, førebyggjande tiltak, og heilskapleg, systematisk og langsiktig oppfølging av barn i målgruppa. På organisatorisk plan var målet å styrkje kompetansen i både det kommunale og statlege tenesteapparatet og utvikle gode metodar og modellar for samarbeid på tvers av etatar og nivå.

I Helse- og omsorgsdepartementet sin proposisjon (Prop. 1 S 2013-14) som spesifiserer postane i Statsbudsjettet for 2014 vert målet for satsinga definert til å vere: *Etablering av nye lavterskeltilbud til gravide, mødre/foreldre med rus/og eller psykiske problemar fra barnets fødsel til skolealder.* Det heiter vidare at det skal leggjast særleg vekt på langsiktig oppfølging av familiar med født alkoholsyndrom og barn av mødre i LAR-behandling. Målet med satsinga er at lågterskeltiltaka skal styrke foreldrekompentansen, barnet sin omsorgssituasjon og tilknytingsprosessen mellom foreldre og barn. Slik skal ein bidra til at rusrelaterte skadar og psykososiale vanskar hos barna vert førebyggt. Vidare skal tilboda utviklast i nært samarbeid med brukarar og kommunale tenester. Sidan fleire av foreldra er i det som ein kan rekne som ein alvorleg livssituasjon, kan satsinga i praksis vere eit tertiærførebyggjande tiltak mot foreldra for å skape eit primærførebyggjande tiltak for borna deira.

I Meld. St. 30 (2011-2012) vert det framheva at forsøka med lågterskeltilbod for gravide mødre/foreldre med rus og/eller psykiske problem har gitt gode resultat. Forsøka vart sett i gang i 2007 og gjennomført i Helse Nord-Trøndelag HF og Vestre Viken HF. Målet var å unngå skadar hos barnet og bidra til god helseutvikling i familien. Begge forsøka tok utgangspunkt i det danske Familieambulatoriet og vart utvikla i nært samarbeid med brukarar og kommunale tenester.

REGIONALE FØRINGAR

Frå 2011 kom finansieringa av Familieambulatoriet inn i Helse Midt-Noreg sitt oppdragsdokument som vidareføring av forsøket i kap 781, post 79 under overskrifta «Barn som pårørende» på 2,5 mill. I 2013 vart oppdraget utvida til også å omfatte det å styrke kunnskapen om førebygging av rusmiddelskader hos barn og forankre arbeidet med barn som pårørende. Helse Midt skulle samarbeide med Helse Sør-Øst i forankringsarbeidet. Frå 2014 vart midlane til «Barn som pårørende» lagt inn i basisløyvinga til Helse Midt-Noreg, og det vart presisert at løyvinga var større i 2014 enn i 2013.

FØRINGAR I MØRE OG ROMSDAL

I 2014 kom satsinga på «Barn som pårørende» inn i Helse Møre og Romsdal sitt styringsdokument med 1,75 mill. Midlane skulle nyttast til å etablere nye lågterskeltilbod til gravide mødre og foreldre med rus- og/eller psykiske problem, frå barnets fødsel og til skulealder, samt til å forankre arbeidet med barneansvarleg. Tildelinga kom over Statsbudsjettet i kap 732 under satsingsområdet «Barn som pårørende». I styringsdokumentet for 2015 var ramma for «Barn som pårørende» auka til 2,05 mill, der 1,449 mill skulle nyttast til *etablering/vidareutvikling av lågterskeltilbod til gravide, mødrer eller foreldre med rusproblem og/eller psykiske problem, frå barnet er født til det begynner på skulen*. Frå 2016 vart midlane til barn som pårørende lagt inn i basisramma og fordelt i høve til inntektsmodellen. Internt i helseføretaket er omfanget på Barneblikksatsinga i form av 1,4 millionar årleg til stillinga som koordinator og drift av aktivitetar fastlagt gjennom oppdragsbeskrivelsen frå administrerande direktør.

STODA I MØRE OG ROMSDAL

Per i dag er økonomien til satsinga integrert i basisløyvingane til helseføretaka og sett på som ein del av det ordinære tilbodet til føretaka. Konsekvensen er at satsinga må «konkurrere» om midlar saman med alle andre ordinære oppgåver. Innan kommunal sektor har det ikkje vore tilsvarende økonomiske insentiv. Innsatsen til både kommunar og helseføretak likevel basert på det same fundamentet og dei same økonomiske føresetnadane. Føretaka og kommunane stiller såleis i prinsippet likt med omsyn til satsinga, med unntak av at helseføretaka har fått øyremerkte midlar til å bygge opp kompetanse og forankre satsinga.

Satsinga skal sameine innsats frå ulike tenesteområde innan både kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. For stimulere denne prosessen, har helseføretaket tilsett ein koordinator. Koordinatoren skal legge til rette for at det vert utvikla tiltak i samarbeid mellom helseføretaket og fire pilotkommunar i Møre og Romsdal. Det er nærliggjande å forstå rolla til koordinatoren som todelt: Eit svar på helseføretaket sitt krav om å skape gode og sikre tenester og som del av helseføretaket sitt rettleiingsansvar for kommunane i fylket. Koordinatoren har såleis ei viktig rolle som bindeledd mellom kommunane og helseføretaket.

BARNEBLIKKSATSINGA I MØRE OG ROMSDAL

I samsvar med krava i styringsdokumentet for 2014 oppretta samhandlingsavdelinga i Helse Møre og Romsdal i 2015 ei tverretatleg og tverrfagleg arbeidsgruppe som skulle utarbeide eit beslutningsgrunnlag for satsinga. Arbeidsgruppa kom i stand etter initiativ frå Ole Lorvik og skulle identifisere og vurdere behov for tiltak relatert til oppdraget.

MEDLEMMER I ARBEIDSGRUPPA

- Ole Lorvik,
Klinikk for rus og avhengigheitsbehandling, Helse Møre og Romsdal
- Hanne Stenseth,
Kvinneklubben Kristiansund, Helse Møre og Romsdal
- Cecilie Hoem,
Klinikk for psykisk helsevern Kristiansund, Helse Møre og Romsdal
- Anja Hammervoll,
Molde behandlingssenter, Helse Møre og Romsdal
- Elisabeth Herje Sogge,
Kommunejordmor, Molde kommune
- Marit Sylte,
Helsestasjons-/skoletjeneste, Molde kommune
- Helen Flatsset,
Ressurstjenesten, Molde kommune
- Nina Bergsbakk,
Nærbehandlingen, Molde kommune
- Anne Helene Skare,
God Helse, førebygging, Møre og Romsdal fylkeskommune

Innhaldet i beslutningsgrunnlaget vart presentert under følgjande overskrifter:

- Hvordan nå bredest mulig ut i foretaksområde/fylke
- Arenaer for aktivitet og tilfang på kompetanse
- Tiltak
- Veien vidare etter arbeidsmøtene

Arbeidsgruppa har gjengitt Helsedirektoratet sin definisjon på lågterskel og gjort ei analyse av korleis ein bør arbeide for å utvikle lågterskeltilbod i Møre og Romsdal. Analysen viser at ein har mykje kompetanse på feltet, og at det var behov for ein koordinator som kan legge til rette for betre tverrprofesjonelt samarbeid. Gruppa ferdigstilte arbeidet hausten 2015.

Med grunnlag i beslutningsgrunnlaget, fekk Klinikk for psykisk helse og rus og Klinikk for kvinner, barn og unge ansvar for planlegge og etablere lågterskeltilbod til gravide og foreldre med rus eller psykisk vanskar som har barn i alderen 0-6 år. Prosessen starta hausten 2015, og koordinator tok til i jobben april 2016. Koordinator forfatta oppdragsbeskrivelsen som direktøren signerte 7/6 2016.

Mette Grytten vart tilsett som koordinator. Ho er tilsett i Klinikk for kvinner, barn og unge under avdelingssjef psykisk helse barn og unge. Tidlegare har ho leia BiRus-prosjektet i Møre og Romsdal. Dette prosjektet har fokusert på barn som pårørande i familiar med rus og/eller psykiske vanskar. BiRus-prosjektet vart nemnt i beslutningsgrunnlaget som døme på tiltak ein kunne hente erfaringar frå.

Oppdragsbeskrivelsen

Målsetjinga med lågterskeltilbodet vart spesifisert til å 1) fange opp familiar som slit med rus eller psykiske vanskar, og hindre at barn tar skade av foreldra sine vanskar, 2) effektivisere og forsterke tiltak for målgruppa i kommunane og spesialisthelsetenesta, og 3) gi tett og tilrettelagt oppfølging etter familiane sine behov.

Oppdraget skulle føre til eit forsvarleg lågterskeltilbod i Møre og Romsdal, og utviklinga skulle skje i tett samarbeid mellom kommunane og spesialisthelsetenesta. Det vert vidare presisert at tilbodet:

- skal vere eit tillegg til og noko anna enn ordinær spesialisthelseteneste
- ha solid forankring i kommunane
- høg grad av tverrfagleg og tverretatleg samarbeid
- vere av varig karakter
- ha tilstrekkeleg fleksibilitet til å ivareta individuelle behov og brukarmedverknad.

Midlane i satsinga skal gå til koordinator og drift av aktivitetar, medan relevante klinikkar og kommunar vert oppfordra til å bidra via eigne budsjettprosessar. Dei sentrale kjenneteikna ved barnebliksatsinga i Møre og Romsdal synast såleis å vere at kommunane har vore sentrale i prosessen, at føretaket bidrar med ein koordinator, og at tiltaka skal finansierast av driftsmidlar i både kommune- og spesialisthelsetenesta.

Forankring og kartlegging

Første møtet i satsinga vart gjennomført 25/5 2016, i form av eit informasjonsmøte for leiarane av dei involverte avdelingane i helseføretaket. Her vart det informert om bakgrunn, organisering, oppdrag, planlagd styringsgruppe og eit planlagd studiebesøk til Familieambulatoriet i Nord-Trøndelag. Hovudsaka med møtet ser ut for å vere forankring internt i helseføretaket, noko som inkluderte konstituering av styringsgruppa.

Som del av forankringsarbeidet var 12 personar frå ulike tenester på ein studietur til Familieambulatoriet i Levanger i juni 2016. På vegen var ein også innom Trondheim for å få informasjon om Barnas stasjon, «Tidlig Inn»-satsinga og familietilbodet ved Lade behandlingssenter, og hente erfaringar om ei delt stilling mellom rusklinikken og Ressursteamet Midtbyen helsestasjon.

Hausten 2016 vart sjukehusa sine vertskommunar invitert til samarbeid. Det vart også gjennomført ei kartlegging av tenestetilbodet til gravide og småbarnsfamiliar som er i målgruppa for satsinga. Kartlegginga vart gjennomført som ein nettbasert survey og etterfølgt av dialogseminar med til saman 200 deltakarar. Utfordringane og løysingsforslaga var i hovudsak retta mot kategoriane samarbeid, kompetanse og system.

RAPPORTEN OM BARNEBLIKKSATSINGA

I rapporten om Barneblikksatsinga i Møre og Romsdal som kom sommaren 2017, ser ein at det særleg er fokus på fylgjande faktorar: Tverrfagleg forankring, geografisk spreining, kompetanseheving, ambulant verksemd, brukarmedverknad, tidleg innsats, kommunikasjon og økonomi. *Tverrfagleg forankring* handlar om forankring av både styringsgruppa og dei lokale prosessgruppene. Det er vidare vektlagt at det er tale om tverrfagleg forankring, og vi ser ut frå omtalane at dette omgrepet også omhandlar

tverretatleg/tverrsektoriell forankring. Med omsyn til *geografisk spreining* har ein i Møre og Romsdal valt å knyte familieteam til sjukehusa sine vertskommunar med unntak av Volda der invitasjonen om forming av ressursgruppe gjekk vidare til Ulstein. Ein ser føre seg at det kan vere aktuelt å tenkje seg familieteam også i andre kommunar enn dei som er vertskommune til sjukehusa. Med omsyn til *kompetanseheving* ser vi at dette handlar om det å auke kompetansen for å styrke handlekrafta i tenestetilbodet. Det vert også argumentert for at kompetanseheving på tvers av organisasjonar og profesjonar kan styrke samarbeidet mellom tenestene og dermed også fungere som verkty for å forbetre tenestene. *Ambulant verksemd*

Fokusområda i rapporten:

- Tverrfagleg forankring
- Geografisk spreining
- Kompetanseheving
- Ambulant verksemd
- Brukarmedverknad
- Tidleg innsats
- Kommunikasjon
- Økonomi

vert sett på som eit verkemiddel for å redusere stress for familiare og auke tilgjengelegheita på tilbodet. Denne tilnærminga vil også gi større innsikt i familien sin kvardag, og dette kan bidra til tenester som er betre tilpassa brukarane. Med omsyn til *brukarmedverknad* vert det poengtert at dette gjeld både på individnivå og på systemnivå. *Tidleg innsats* handlar om å identifisere problemområde og redusere belastningar for barna og foreldra så tidleg som råd, og på den måten vere ein effektiv og innsparande bruk av ressursar. Her vert «Tverrfagleg helsestasjon» i Kristiansund trekt fram som eit døme ein bør hente inspirasjon frå. *Kommunikasjon* har i stor grad vore knytt til nettsida til satsinga (www.helse-mr.no/barneblikk). Ein ser føre seg at hovudfunksjonen til nettsida er å formidle informasjon om aktuelle tenestetilbod. Det siste punktet som er trekt fram er *økonomi*. Sidan satsinga skal finansierast over rammetilskot, vil ein i oppstartsfasen satse på tilskotsmidlar. På same tid må ein syte for at tilbodet vert ein del av dei involverte tenestene sitt ordinære tilbod.

STYRINGSGRUPPA

MEDLEMMER I STYRINGSGRUPPA

Helseføretak:

- Klinikkk for psykisk helse og rus v/Stabssjef Ole Lorvik (Leiar)
- Barneblikk-satsinga v/ Koordinator Mette Grytten (Sekretær)
- Samhandlingsavdelinga v/Samhandlingssjef Britt Valderhaug Tyrholm (2016- mai 2018). Frå Mai 2018: Barnekoordinator og leiar for koordinerande eining, Anne Hollingen.
- Klinikkk for kvinner, barn og unge v/Klinikksjef Henrik Erdal
- Psykisk helsevern barn og unge v/Avdelingssjef Manuela Strauss

Kommunar:

- Kristiansund kommune v/Kommunalsjef Christine Reitan
- Molde kommune v/Rådgiver i driftsavdelingen Tone Haukebø Silseth
- Ålesund kommune v/ Rådgiver i psykisk helse Lisbeth Slyngstad

Fylkesmannen i Møre og Romsdal:

- Rådgjevar Anne Mette Nerbøberg

Brukarorganisasjonar:

- Brukar- og pårøranderepresentant rus, Turid Løvoll
- Brukar- og pårøranderepresentant psykisk helse, Bente Hasle (2016-17), Ann Helene Skare (2017 -)

Beslutningsgrunnlaget for Barnebliksatsinga foreslår at satsinga vert forankra som eit utviklingsprosjekt med styringsgruppe og prosjektgruppe for å sikre støtte til utvikling, framdrift og involvering.

Oppdragsbeskrivelsen slår fast at satsinga har eiga styringsgruppe. Denne vart utvida etter kvart som satsinga vart forankra i vertskommunane.

INNHALDET I STYRINGSGRUPPEMØTA

- 031016 I tillegg til informasjon om oppdraget, handlingsplan og status i arbeidet vart det vedteke at ein skulle gjennomføre ei kartlegging i vertskommunane for tiltaka, der Ålesund kommune vart utpeikt som pilot. Vidare vart det vedteke at ein skulle søkje midlar til ein «legeressurs» for å styrke og aktualisere fastlegane sitt engasjement.
- 061216 Hovudfokuset var forankring, samarbeid med andre satsingar og organisasjonar, gjennomgang av kartlegginga i Ålesund og sikring av at ein ikkje vert kutta som resultat av føretaket sin pressa økonomiske situasjon.
- 130217 Satsinga fekk namnet «Barneblikk», handlingsplanen for 2017 vart godkjent og ein diskuterte forankring og informasjon om satsinga. Det var også på dette møtet forskinga på satsinga for første gong vart diskutert.
- 180417 Informasjon om at kartleggingane i Molde og Kristiansund er gjennomført, Molde har vore på studietur til Kristiansund, at Volda ikkje har svart på førespurnad, og ei rekkje saker som går på forankring og informasjon. Vidare vart det tematisert at helseføretaket har midlar til Barneblikk, men at det er kommunane som skal setje i verk og drifte tiltaket. Her vart det vedteke at tilsvaret er at helseføretaket stiller ressursar til utvikling, iverksetjing, samarbeid og koordinering. Fylkesmannen skal vidare orientere kommunane om at dei fekk auka midlar til føremålet gjennom opptrappingsplanen for rus og at det er venta at kommunane prioriterer midlane der det er behov. I sak 2 vart Barneblikk si nettside vedteken oppretta. Denne skulle lagast av Jan Ole Bolsø i fagavdelinga i Helse Møre og Romsdal.
- 090617 Mandatet til dei lokale teama (som seinare vart kalla lokale prosessgrupper) vart diskutert, der Ålesund er først ute. Ein vedtok vidare at ein skulle melde opp sak til leiarteamet om godkjenning av lokalt team Ålesund og mandat. Ein ønskte vidare representantar frå Ålesund, Molde og Kristiansund i styringsgruppa. Vidare diskuterte ein inkludering av Barneblikk i eksisterande samhandlingsprosessar i Helse Møre og Romsdal og framlegg til nettside for satsinga. Det vart også lagt

fram status for studietur til Bergen og at lågterskeltilboda i Oslo og Kristiansand ønskte å kome til Ålesund for å få kunnskap om korleis ein kunne samarbeide med kommunane. Elles var tema organisering av koordinatorstillinga, økonomi, evaluering og status.

- 250917 Status i kommunane vart gjennomgått. Ålesund, Molde og Kristiansund er i gang, medan Volda ikkje har svart på førespurnad. Ulstein er nemnt som aktuelt alternativ til Volda. Vidare er «Leger med barneblikk» i gang, nettsida er i drift, evalueringssamtalar med RKBU har ikkje ført fram til noko konkret, og styringsgruppe for barn som pårørande vart diskutert.
- 231117 Omgrepet «lokalt team» vart bytta ut med nemninga «prosessgruppe». Vidare vart det gjort opp status for handlingsplanen for 2017, og mellom anna vedtatt at ein skulle gjennomføre erfaringssamling i mai 2018. I sak 2 vart det vedteke at ein skulle prøve ut ein såkalla «los-funksjon» i kommunane og personalressurs frå spesialisthelsetenesta. Dette er meint finansiert gjennom driftsmidlar, men ein vil søkje om stimuleringsmidlar i utprøvningsfasen. Ein diskuterte også nettsida.
- 280218 Handlingsplanen vart justert. Mellom anna vart forankring, overføring av midlar til ny runde for «leger med barneblikk» og søknadar om tilskot til oppretting av familieteam i Ålesund, Kristiansund og Molde diskutert. Det vart vidare vedteke å inngå intensjonsavtale om forskningssamarbeid med høgskulane i Volda og Molde og å leige inn skribentar til nyheitssaker.
- 260418 Hovudtema var val av Ole Lorvik som leiar av styringsgruppa, vedtak om forskning på erfaringssamlinga på Molde 25/5 og ansvar for drift av Barneblikk. Styringsgruppedeltakane skulle avklare i eigen organisasjon korleis deltakinga skulle vere, noko som skal danne grunnlag for koordinator sine prioriteringar. Forankring og koordinering av aktiviteten med andre aktivitetar i både kommunar og spesialisthelsetenesta vart framhalde som viktig.

VIKTIGE HENDINGAR I SATSINGA

2014	Satsinga kom inn i styringsdokumentet
2015	
Vår:	Arbeidsgruppa kom i stand
Haust:	Beslutningsgrunnlaget levert
Haust:	Planlegging av satsinga
2016	
April:	Tilsetjing av koordinator
Mai:	Informasjonsmøte for leiarar i helseføretaket
Mai:	Konstituering av styringsgruppe
Juni:	Oppdragsbeskrivelse frå direktør
Juni:	Studietur til Trøndelag
Okt.:	Første møte i styringsgruppa
November:	Barneblikk inkludert i nasjonalt familienettverk
Haust:	Invitasjon til vertskommunar
Haust:	Kartlegging av tenestetilbodet i Ålesund etterfølgd av dialogseminar
2017	
Vår:	Nettside oppretta og Barneblikk-illustrasjonar utarbeida
Mai:	Kartlegging og dialogmøter gjennomført i Molde og Kristiansund
Sommar:	Rapport om Barneblikksatsinga i Møre og Romsdal
Haust:	Barneblikk blir prioritert satsing i utviklingsplanen for HMR
Haust:	Tenesteportal utarbeida og tilgjengeleg på nettsida
Haust:	Leger med barneblikk gjennomført på Søre Sunnmøre
Haust:	Volda kommune avslår deltaking, Ulstein vert invitert inn
September:	Styringsgruppa godkjende modell for familieteam med delte stillingar
2018	
Februar:	Kommunale representantar i styringsgruppa
Februar:	Søknad om tilskot frå fylkesmannen (Familieteam i Ålesund og Molde, Leger med barneblikk)
April:	Styringsgruppeleiar oppnemnd
April:	Samarbeidsavtale med Høgskulen i Volda – Forskarblikk på barneblikk og samarbeidsmøte om forskning med RKBUS
Mai:	Erfaringssamling i Molde
Mai:	Nasjonal kartlegging av familietiltaka/familieambulatoria (i regi av Barns beste)
Juni:	Tildeling av innovasjonsmidlar frå Fylkesmannen
August:	Legar med barneblikk, oppstart i Ålesund
Sept:	Tilsettingar i familieteama i Molde og Ålesund

VURDERING AV INNHALDET I STYRINGSGRUPPEMØTA

Når vi ser innhaldet i det styringsgruppa har jobba med opp mot Amdam (2005), ser vi at styringsgruppa har vore innoim alle variablane. Med omsyn til *kontekstvariabelen* ser vi at styringsgruppa både har hatt oppdraget som tema og kartlagt stoda i fylket. Ein sentral del av arbeidet som kan knytast til *mobiliseringsvariabelen* handlar om forankring. Forankringa har både handla om kommunar og i helseføretaket, og ein har baa stadar hatt fokus på forankring på eit leiarnivå som ein vurderer som høgt nok. Strategien bak dette er at satsinga skal få prioritet i kampen om ressursane. Eit anna tiltak som kan knytast til mobilisering er «legar med barneblikk», fordi det har som mål å «styrke og aktualisere legane sitt engasjement». Eit anna moment som er knytt til mobilisering handlar om visjon. På dette området har ein mellom anna diskutert og valt å satse på ein «los-funksjon» i kommunane. Dette er med på å vise kva ein ønskjer å skape gjennom satsinga. *Læringsvariabelen* har i hovudsak vore tema gjennom forskning og dokumentasjon av satsinga. Her har ein per i dag to parallelle kontaktar. Den eine er til Regionalt kunnskapscenter for barn og unge (RKBU Midt) og den andre er samarbeidet med høgskulane i Volda og Molde.

Med omsyn til *organiseringsvariabelen* har ein arbeidd med gruppa si eiga organisering, kommunane si og sjukehusavdelingane si organisering og arbeidsoppgåver. Dette inkluderer mellom anna mandatet til dei lokale gruppene, utforskning av høve til å samarbeide med andre satsingar, inkludering i eksisterande samhandlingsprosessar og det å løfte saker opp på leiarmøtet i helseføretaket. Ein har også bede deltakarane i styringsgruppa om å avklare deltakinga i eigen organisasjon. Økonomi er ein sentral del av organiseringa, og her har ein hatt fokus på korleis ein kan setje i gang aktivitetar utan å ha eigne stimuleringsmidlar. Her har Fylkesmannen sine midlar vore sentrale, men også forankring slik at satsinga ikkje skal bli salderingspost.

Barneblikksatsinga sitt val om å vere til stades i fire ulike kommunar med støtte frå alle fire sjukehusa gjer at det som er styringsgruppa sine naturlege oppgåver i høve *gjennomføringsvariabelen* i hovudsak er knytt til handlingar som støttar opp om dei lokale prosessgruppene. Informasjon om satsinga er difor å rekne som ei handling frå styringsgruppa si side. Det same er gjennomføringa av til dømes erfaringsamlinga og det å gi råd om korleis ein kan svare om det vert reist spørsmål om økonomien i satsinga. Styringsgruppa har diskutert både intern informasjon til dei involverte i satsinga og ekstern informasjon til andre. Ein vesentleg del av informasjonsarbeidet er knytt til Barneblikk si nettside, som per i dag er ei av dei mest besøkte undersidene i helseføretaket.

ERFARINGSSAMLINGA I MOLDE

Erfaringssamlinga vart gjennomført fredag 25. mai 2018 på Scandic Seilet i Molde, og om lag 60 personar tok del. Målsetjinga med samlinga var å dele erfaringar frå det lokale arbeidet med satsinga og få innspel til vegen vidare. Deltakarane kom i all hovudsak frå dei lokale prosessgruppene og styringsgruppa. I tillegg var der ein del leiarar, legar frå tiltaket «legar med barneblikk», informasjonsarbeidarar og forskarar.

Det vart gjennomført ei kartlegging av kven deltakarane var. Av dei 40 som svarte, var 19 helsefagleg utdanna, 15 sosialfagleg utdanna, og 6 hadde anna utdanning. På spørsmålet om kva som var det viktigaste med Barneblikksatsinga, fokuserte 19 av svara på barn og familie, 13 på samarbeid og 10 på tidleg innsats.

STYRINGSGRUPPA SITT PERSPEKTIV

I den innleiande økta var *mobilisering* eit viktig element, ved at innlegga fremja medvit om at det satsinga står for er viktig, at arbeidet med satsinga nyttar: at det går framover og at ein er på rett veg. I langsiktige utviklingsarbeid kan nokre verte utolmodige, føle at arbeidet går for seint og at for lite har skjedd. Det å arrangere ei slik erfaringssamling er eit grep for å mobilisere til vidare arbeid. Det å dele med andre, gjennom å presentere arbeidet ein held på med på ei slik samling, kan verke mobiliserande fordi ein blir medvitne om kva ein har gjort og fått til. Det å få synleggjort at ein faktisk har gjort og fått til noko, kan motivere til vidare arbeid fordi ein får løfta fram resultatene av arbeidet. Vidare er det å leggje til rette for at prosesseama gjev tilbakemelding til kvarandre eit godt grep for å få til den læringa som er naudsynt i utviklingsarbeid (jf. Amdam 2005).

Det langsiktige målet med Barneblikk er at alle som bur i Møre og Romsdal skal få tilgang på det same tilbodet. Barneblikk er eit utviklings- og innovasjonsarbeid som fordrar langsiktig fokus og forankring i både helseføretaket og i leiinga i kommunane. Lorvik understreka at Barneblikk ikkje er eit prosjekt, men ei satsing som har ein varig karakter. Det gjer at det ikkje er godt nok å konstruere noko mellombels, som fungerer godt i ein periode, men at ein må etablere ei organisering og arbeidsmåtar som skal fungere over tid. Satsinga er forankra i Helse Møre og

Romsdal si leining som ei fast og varig satsing, og i dette ligg det ei forplikting i å bruke tid og ressursar på Barneblikk.

Det å forankre og sikre drift på tvers av nivå er utfordrande, og det er mange ulike leiarar og mange ulike budsjett som verkar inn på arbeidet med Barneblikk. Det er avgjerande å få leiarar til å prioritere slik at kommunane arbeider mot det same målet. Det er viktig å forankre satsinga, slik at leiarar forstår viktigheita og at dei tilsette får lov til å bruke tid og krefter på satsinga. Det er tydeleg at styringsgruppa ønskjer hjelp frå «alle» til å påverke leiarane til å prioritere Barneblikk, og oppfordringa til Lorvik var: «No må vi tenke litt stort og litt nytt».

For å bidra til forankring av satsinga på tvers av tenestenivåa, er både kommunalt og statleg nivå representert i styringsgruppa. Styringsgruppa er sett saman av representantar for brukarar, involverte kommunar, spesialisthelsetenesta og fylket. Styringsgruppa skal ikkje blande seg i detaljar; det er di lokale prosessgruppene som har hand om dette. Styringsgruppa si oppgåve er å sikre at det er framdrift i satsinga, og at det er samsvar mellom framdrift og planar. Styringsgruppa skal «beslutte der det er nødvendig å beslutte» og «justere kurs der det er nødvendig» ut i frå dei langsiktige målsettingane i satsinga. Om det ikkje skjer noko, er det styringsgruppa som skal gjerast ansvarleg. Styringsgruppa skal ta i mot signal frå alle dei involverte, t.d. om tempoet i utviklingsarbeidet vart for høgt eller om kursen er feil. Med omgrepsbruka til Amdam (2005), vart det her tydeleggjort at styringsgruppa ønskjer tilbakemelding som gjev *læring* i organisasjonane. Gjennom læring kan ein justere kurs, fart og verkemiddel for å nå måla og arbeide i tråd med visjonane i satsinga. Det vart også orientert om at samlinga vart «forsa på», fordi det er nyttig å vite kva som verkar og kva som ikkje verkar. Også gjennom dette vert styringsgruppa sitt fokus på *læring* for å lukkast med utviklingsarbeidet tydeleg.

I innleiinga til Grytten, var hovudvekta lagt på *gjennomførings-* og *organiseringsvariablane* (jf. Amdam 2005). Ho minte om kven målgruppa for satsinga er og kva som skal vere hovudtrekka i dei tilboda som er under etablering. Barneblikksatsinga rettar seg mot gravide og familiar som har barn opp til skulealder, noko som medfører at ein familie kan fylgjast opp i sju år. «Familieteam» blir brukt som nemning på dei lokale teama som arbeider med brukarane, sjølv om ikkje dette omgrepet vert brukt aktivt alle stader. Familieteama skal vere losar i eit komplisert system. Det vil seie at dei skal sy saman tilbod, vere til hjelp mellom tenester og ta omsyn til heile familien.

Familieteama skal «tidleg inn» i høve til foreldra sin problematikk, og det skal vere låg terskel. Låg terskel vart kopla til at det ikkje skal vere naudsynt med tilvising og at ventetida er kort – helst ein til to dagar. Målet er at ein skal hjelpe familiane i ein så tidleg fase at det ikkje vert grunn til å melde bekymring til barnevernet. Dette skal ein gjere ved å styrke familiane og førebyggje at utfordringar vert til alvorlege problem. Det å ha eit familieperspektiv i oppfylginga tyder at ein skal ha oversikt

over situasjonen til heile familien og involvere heile familien. Til dømes inneber dette at ein ikkje berre skal spørje korleis det er med far; ein skal involvere far i endringsarbeidet. I følgje Grytten er det nokså nytt i Noreg at ein har så sterkt fokus på heile familien – ofte har tenestene konsentrert seg om mor og barn. Det vart også trekt fram at brukarmedverknad er sentralt i satsinga, og at brukarrepresentantane sine perspektiv er naudsynte for å utvikle tenestene på ein god måte.

I denne gjennomgangen fekk forsamlinga såleis ei påminning om kva som er visjonane og strategiane til Barneblikk, og at dette må vere førande når ein skal etablere strukturar og arbeidsmåtar i kommunane. Samanhengen mellom praktisk iverksetjing og overordna mål og visjonar vart dermed tydeleggjort.

LEGAR MED BARNEBLIKK

Kommuneoverlege Inger Lise Kaldhol og helsestasjonslege i Ulsteinvik Birgitte Øvrelid presenterte arbeidet dei har gjort i prosjektet Legar med Barneblikk. Målet med prosjektet har vore å forbetre samarbeidsrutinar og å auke legane sin kompetanse om konsekvensar av rusmiddelbruk i familien. Legar med Barneblikk har fått innovasjonsmidlar frå Fylkesmannen, og det er søkt om pengar til vidareføring. Det er ikkje bestemt kven som eventuelt skal føre arbeidet vidare når Kaldhol og Øvrelid går ut.

Kaldhol og Øvrelid har teke del på felles legemøte for alle fastlegane på Nordre Sunnmøre, og på månadlege smågruppemøter for fastlegane på Søre Sunnmøre. Målet med smågruppene er å halde ved like legane sin kompetanse, gjennom faglege innlegg og diskusjonar. Opplegget vert rapportert å ha fungert godt, og Kaldhol og Øvrelid løfta særleg fram ein suksessfaktor: at det er fastlegar som snakkar med fastlegar. Fordi Legar med Barneblikk sjølve har vore eller er fastlegar, kjenner dei godt til dei utfordringane fastlegane står i i det daglege arbeidet. Særleg er det viktig å kjenne til og ha respekt for det tidspresset mange fastlegar opplever i jobben sin. Dei som sjølve har erfaring som fastlegar veit også noko om kva for type kunnskap legane har behov for og kva for kunnskap dei har som ein kan byggje vidare på. Dette gjer at dei kan tilpasse informasjonen til målgruppa og gjere denne både truverdig og tydeleg yrkesrelevant.

Fastlegane har det Kaldhol og Øvrelid kallar «orkesterplass til livet». Dei fylgjer ofte folk i svært mange år, gjennom mange livsfasar og dei er fastlegar også for pasientane sine barn. Dei har dermed ei særleg god muligheit til å kunne oppdage relativt tidleg dersom foreldre strevar med psykiske vanskar eller rusmiddelbruk. Likevel har mange for lite kunnskap om rusmiddelproblem og for lite fokus på at pasientane har barn som vert påverka av foreldra sine vanskar. På Legar med Barneblikk-møta, var det mange fastlegar som rapporterte at dei «fekk ein vekkjar». Då dei fekk presentert statistikk over kor mange barn som veks opp med foreldre

med rus- eller psykiske vanskar per gjennomsnittleg fastlegeliste, vart det klart for dei at kunne vere mange familiar med behov for oppfylging på deira egne lister.

Ei av dei viktigaste tilbakemeldingane frå fastlegane er at dei ønskjer at Barneblikk-satsinga skal leie fram til ei tilbod som det er «kjekt å henvise til». Eit godt hjelpetilbod, som er godt kjent, har godt omdømme og som det ikkje er knytt frykt til. Dette er viktig for at legane skal ta kontakt. Mange fastlegar har opplevd samarbeid med barnevernet som vanskeleg, og dei ønskjer eit opnare samarbeid med tilboda som vert etablerte i Barneblikk. Fastlegane ønskjer eit tilbod som også dei kan «spele ball med»; nokon å drøfte pasientar dei er urolege for med, og nokon dei opplever det som trygt å «sende ballen vidare til» når det er nødvendig. Fastlegane ønskjer at tilboda som munnar ut av Barneblikk-satsinga vert stabile og lett tilgjengelege, med kontaktpersonar og telefonnummer dei kan ringe til.

Det er særleg eitt poeng vi vil trekke fram frå innlegget til Legar med Barneblikk. Fastlegane må vite om at der er ei teneste dei kan vende seg til når dei opplever at dei manglar tid eller kompetanse til å fylgje opp ei uro knytt til ein pasient med barn. Det er viktig å få formidla at fastlegane har ein dialogpart i familieteam og at desse både kan bistå fastlegen og ta over oppfylginga av familien. Det å vite at der er ei teneste som kan hjelpe, kan gjere at fleire fastlegar tør å sjå etter og oppdage barn som vert påverka av foreldra sine psykiske vanskar eller bruk av rusmiddel.

HOVUDTREKK FRÅ PROSESSGRUPPENE

ÅLESUND:

Ålesund kommune hadde fleire rundar med diskusjonar om kva som var den best eigna plassering av tenesta, og dei har no landa på at dei vil styrke tenestetilbodet i den fleirfaglege rettleiings- og tiltaksbasen *Ressursbasen*. Denne ligg under Virksomhet barn og familie, og organisatorisk ved sidan av m.a. barnevern, helsestasjon og skulehelseteneste. Det har blitt søkt om midlar til å opprette ei full stilling til å styrke tenestetilbodet. Den som får stillinga skal arbeide på tvers av teama som ligg under *Ressursbasen*.

Spørsmål til det vidare arbeidet

På samlinga i Molde var det fleire i forsamlinga som stilte spørsmål ved om det var eit godt grep å ikkje knyte stillinga til helsestasjonen. Lisbeth Slyngstad frå Ålesund samanlikna stillinga med kreftkoordinatoren si stilling; ein person som har oversikt og koordinerer mellom både psykisk helsearbeid, rusarbeid og barne- og familiararbeid i kommunen. Dei la vekt på at dei må byggje vidare på noko som allereie fungerer godt, og i Ålesund meiner dei at denne alternative plasseringa som den mest funksjonelle. Ein fordel med å plassere tenesta under helsestasjonen, er at helsestasjonen er ein stad alle småbarnsforeldre uansett går til, slik at terskelen for

å ta i mot hjelp der kan vere lågare. Dette går ein glipp av ved å plassere tenesta ein annan stad, både fysisk og organisatorisk.

MOLDE:

Den lokale prosessgruppa i Molde har jobba mykje med å bli kjent på tvers av tenestene. Dei opplever det som nyttig å verte meir klar over innhaldet i dei andre tenestene. Dei har hatt mange diskusjonar om kven målgruppa er. Førebels utgangspunkt er at målgruppa er familiar med milde til moderate vanskar, og dei vil rette seg mot gravide som har moderate, uavklarte eller diffuse vanskar og lite anna oppfølging. Dei ser behov for å halde fram og diskutere korleis avgrensinga av målgruppe skal gjerast i praksis. Prosessgruppa arbeider for å skape ei felles fagleg forståing, og dei ser føre seg at Funksjonssirkelen vil vere eit felles verkty som kan fungere som utgangspunkt.

Konkretiseringa av Barneblikksatsinga i Molde er Familieteamet, som blir etablert under helsestasjonen. Dei vurderer helsestasjonen som ei god plassering, fordi helsestasjonen er «ufarleg» for dei fleste. Dei ønskjer at Familieteamet skal ha 210% stilling: barnevernet 10%, ressursteneste (rus/psykisk helse) 50%, helsestasjon 100% og spesialisthelsetenesta v/barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) på til saman 50%. Barnevernet skal ha ei rettleiarrolle i teamet, men dei skal ikkje ha los-funksjon. Dette fordi barnevernet i fylgje sitt mandat skal arbeide med meir utsette familiar, og fordi barnevernet kan vere skremmande for ein del familiar. BUP og TSB skal heller ikkje ha los-funksjon, men vere rettleiarar for losane, både generelt og i konkrete saker.

Familieteamet vil sitte saman og arbeide med sakene i fellesskap ein dag i veka. Gjennom å samlast fysisk og jobbe saman, håper dei å få utnytta det potensialet som ligg i tverrfagleg kompetanse på ein betre måte enn i dag.

Spørsmål til det vidare arbeidet

På samlinga vart det stilt spørsmål om ikkje psykisk helsevern for vaksne også burde ha ei rolle i tilknytning til Familieteamet. Molde arbeider for å få fleire inn i teamet, og Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) er med i prosessgruppa. TSB arbeider allereie familieorientert, og det er søkt om midlar for at TSB skal kunne ha ei rolle i tilknytning til Familieteamet.

KRISTIANSUND

Kristiansund kommune har gjennom mange år jobba tverrfagleg for å kome tidleg inn i småbarnsfamiliar der det er vanskar knytt til rusmiddelbruk, psykisk helse og vald, men også foreldre med barnevernshistorikk, unge einslege og andre som opplever vanskar i liva sine. Per i dag er Tverrfaglig helsestasjon (TH) plassert under eininga Forebyggende helsetjenester for barn og unge. På nettsida til Kristiansund kommune står det at TH gir eit utvida helsestasjonstilbod til gravide,

barn under seks år og deira familiar med behov for tverrfaglege tenester. I tillegg til det vanlege helsestasjonsprogrammet tilbyr TH fleire heimebesøk og konsultasjonar, dei kan bidra til samordning og losing i systemet, samt at brukarane kan få råd og rettleiing frå helsesøster, lege, fysioterapeut, familierettleiar, kommunepsykolog og spesialpedagog.

Spørsmål til det vidare arbeidet

Den lokale prosessgruppa foreslår å implementere Barneblikk-satsinga ved å bygge vidare på det tilbodet som finst ved TH i dag. Dei forslår å styrke tilbodet ved å opprette eit tverrfagleg familieteam i tilknytning til TH, som i større grad enn i dag skal arbeide samtidig med barne- og vaksenperspektivet. Dei har foreslått at teamet skal setjast saman av ei 50% stilling frå vaksenpsykiatrien, samt 100% kommunal stilling frå psykisk helseteneste og helsestasjon. Ved å flytte konsultasjonane til ein felles arena, kan ein oppnå koordinert og samtidig oppfølging.

ULSTEIN:

Ulstein kommune si tilknytning til Barneblikksatsinga er ikkje avklart, men arbeidet med å etablere prosjektet *Trygg start* er i tråd med satsinga. Trygg start er eit kommunalt prosjekt retta mot familiar med barn mellom 0-2 år, der det er vanskar knytt til rus, psykisk helse og vald. Unge gravide vil også vere ei aktuell målgruppe. Målet er å oppdage utfordringane og gje hjelp tidleg til foreldre i målgruppa. Det er primært jordmor som skal rekruttere familiar inn i prosjektet, men også fastlege, NAV og psykiatritenesta i kommunen kan rekruttere inn til tenesta. Prosjektet startar opp i september 2018 og vil vere plassert ved helsestasjonen. Ein viktig grunn til at dei har valt denne plasseringa er at helsesøstrene både jobbar med småbarn der det er kjente vanskar i familiane og der det ikkje er det. Dette kan gjere det lettare å identifisere om det er skeivutvikling eller ikkje. Ein annan viktig grunn er at plasseringa kan halde terskelen for å ta i mot tilbodet nede, og det kan førebyggje stigmatisering.

Prosjektet legg opp til tett samarbeid med NAV, barnevern, psykiatri- og rusteneste, fastlege, barne- og ungdomspsykiatrien og Pedagogisk-psykologisk teneste (PPT). Dei har fått etablert ein fast kontaktperson i barnevernet og i psykiatritenesta, og desse kan brukast både som rettleiarar og direkte inn i saker. Teamet vil møtast kvar fjortande dag for å fordele og drøfte saker, drive fagleg oppdatering og kollegarettleiing.

Som i Barneblikksatsinga, er det lagt vekt på brukarmedverknad. Den gravide kvinna får mellom anna velje kven (av aktuelle medarbeidarar) som skal følgje henne opp i svangerskapet. Brukarane får sjølve formulere kva dei treng hjelp til, og dei går gjennom journalnotata i fellesskap for å verte einige om framstillingane der.

Spørsmål til det vidare arbeidet

Representantane frå Ulstein peika sjølve på ei rekkje spørsmål dei må jobbe vidare med å avklare. Det kan mellom anna vere problematisk å avgrense målgruppa til familiar med barn opp til to år, då ungane ofte er eldre før hjelpeapparatet greier å oppdage vanskane. Vidare kan det i mange familiar vere slik at foreldra greier å handtere eller avgrense vanskane sine medan barna er heilt små, og at problema først melder seg når barna har passert to år.

DEI FEM INNHALDSOMRÅDA I BARNEBLIKK

Barnebliksatsinga har særleg fokus på fem innhaldsområde i styrkinga av tenestetilbodet, og i dette kapittelet ser vi på korleis arbeidet som er gjort i prosessgruppene står i forhold til desse punkta. Dei fem innhaldsområda i Barneblikk er:

- Lågterskel
- Familieperspektiv
- Brukarmedverknad
- Tidleg inn
- Tverrprofesjonelle tenester

Alle dei fire prosessgruppene (Ålesund, Molde, Kristiansund, Ulstein) presenterte arbeidet sitt i på erfaringssamlinga i Molde, og drøftinga i dette kapittelet er basert på opplysningane som vart gitt i desse presentasjonane, samt samtalar med ulike aktørar på samlinga. Der er eit visst overlapp mellom innhaldet i dei områda som satsinga har eit særleg fokus på. Vi definerer kva vi ser etter under kvart av punkta.

LÅGTERSKELE

I *Beslutningsgrunnlag: Utvikle og etablere lavterskeltilbud i M&R (2015)* vert Helsedirektoratet sin definisjon av lågterskel brukt:

1. Direkte hjelp utan tilvising, venting og lang saksbehandlingstid
2. Kan oppsøkjast av brukarar utan betalingsevne
3. Tilgjengeleg for alle
4. Kan tilby tidlege, adekvate tiltak og vere ein "los" vidare i systemet
5. Har personell med kompetanse til å oppfylle tenesta sitt føremål
6. Har opningstid som er tilpassa målgrupper og føremål
7. Høg grad av brukarinvolvering og aksept for brukarane sine ønske/behov
8. Framstår som ein synleg, tydeleg, hensiktsmessig og tillitvekkande stad som innbyggjarane kan bruke

Punkt 7, om brukarinvolvering, overlappar med innhaldsområdet *brukarmedverknad* i Barneblikk, og vi vil difor kome tilbake til dette seinare. I dette

avsnittet har vi konsentrert oss om korleis arbeidet i kommunane er i samsvar med dei andre punkta i definisjonen, ut i frå informasjonen som vart gitt på samlinga.

Samla sett ser det ut til å vere stor variasjon i korleis omgrepet lågterskel vert forstått og operasjonalisert i dei fire prosessgruppene.

I Ålesund er dei i ei svært tidleg fase av etableringa. Fram til no har dei særleg diskutert kvar tenesta skal liggje og mindre kva innhaldet skal vere. Dei la vekt på at dei skal gje oppfølging på eit tidleg tidspunkt i problemutviklinga og fungere som los (4). Utover dette vart det ikkje nærare forklart på kva måte tilbodet skal vere eit lågterskeltilbod. Heller ikkje i Ulstein er det spesifisert om tilbodet er eit lågterskeltilbod.

I Molde sin presentasjon av korleis dei ønskjer å utvikle tenesta, vart det løfta fram fleire punkt som peikar mot lågterskeldefinisjonen. Dei lista opp direkte kontakt utan tilvising (1), LOS/kontaktperson (4) og breitt spekter av kompetanse (5). Dei hadde også fleire punkt som handla om tilgjenge og om å vere ein synleg, hensiktsmessig og tillitvekkande stad å kontakte: kontaktpersonar og telefonnummer for råd (3, 8), skreddarsaum og heimebesøk (3), bruke arenaene barnehage/skole/helsestasjon der det ofte er gode tillitsforhold (8). Dei har også diskutert korleis ein kan normalisere utfordringane familiane slit med, for å byggje ned terskelen for kontakt, og kva opningstider tenesta skal ha.

Kristiansund løfta fram fleire punkt som peikar mot Helsedirektoratet sin definisjon av lågterskel. I lista over forslag til kva innhaldet i lågterskeltilbodet deira skal vere, har dei med punkta gratis (2), tilgjengelegheit/tid/opningstider (3,6), familiens los/koordinator (4) og barnas hus/familiens hus (8). I tillegg presenterte dei eit case frå Tverrfagleg helsestasjon i Kristiansund, der det vart framheva at dei har tett og hyppig kontakt med brukarane. Brukarane vert oppmoda om å ta kontakt ved behov, og i nokre tilfelle kan dei ha nesten dagleg kontakt over fleire veker. Tverrfagleg helsestasjon er opptekne av at det skal vere lett å ta kontakt med dei tilsette, og brukarane kan velje om dei vil ta kontakt via telefon, sms eller oppmøte. Tverrfagleg helsestasjon har avgrensa opningstid, men på ettermiddag/kveld/helg kan brukarane ta kontakt via eit mobilnummer. Helsestasjonen svarer så raskt dei kan, til dømes neste morgon dersom meldinga er motteken om natta.

Spørsmål og råd til det vidare arbeidet

Ut i frå gjennomgangen frå prosessgruppene er det uklart kva som ligg i å vere eit lågterskeltilbod. Det er også store skilnader mellom dei fire stadane Barneblikk satsar i dag. Molde og Kristiansund er dei to prosessgruppene som tydelegast har jobba med å utforme tilboda i samsvar med lågterskeldefinisjonen, men også her bør det arbeidast vidare med å klargjere korleis dei vil operasjonalisere dette. Vi ser særleg at spørsmåla om «opningstid som er tilpassa målgrupper og formål» og «tilgjenge for alle» bør diskuterast vidare.

Det vart ikkje gjort tydeleg korleis ordninga med utvida tilgjenge via mobil er organisert i kommunane. Vi ser det som viktig at ei slik ordning har ei formell organisering, der det er avklart til kva tider mobiltelefonen er bemanna, innanfor kva for tidsrom og kor raskt brukarane kan forvente svar, og kven som då har ansvar for å svare. For å kunne gje brukarar som opplever ei krise ei kontaktmuligheit utanom ordinær arbeidstid, bør det diskuterast om ein vil etablere ei bakvaktordning i ein fastsett turnus. Det er viktig at ei slik ordning er tilgjengeleg for alle som opplever ei krise, uavhengig av kven deira kontaktperson på helsestasjonen er.

Som nemnt tidlegare er ikkje Ulstein kommune si tilknytning til Barnebliksatsinga avklart, men prosjektet *Trygg start*, som er under etablering, har fellestrekk med satsinga. I presentasjonen frå prosessgruppa i Ulstein, er det lite informasjon om korleis Trygg Start skal vere eit lågterskeltiltak. Det vart mellom anna snakka om «tilvising» fleire gongar, og vi er usikre på om det er tenkt at brukarar må tilvisast til Trygg Start frå lege, jordmor eller andre. Om tilbodet skal vere eit lågterskeltilbod, samsvarar i så fall ikkje ei tilvisingsordning med definisjonen til Helsedirektoratet (punkt 1 og 2). Trekk som synast å vere i tråd med definisjonen av lågterskeltilbod er likevel at dei vil praktisere ekstra heimebesøk, i tillegg til dei som vert tilbodne gjennom det ordinære helsestasjonsprogrammet.

Vi rår difor til at styringsgruppa arbeider med å spesifisere meir konkret kva ein i Møre og Romsdal vil leggje i omgrepet lågterskel, slik at dei lokale prosessgruppene har konkrete mål å jobbe mot. Ein bør sjå spesifiseringa av lågterskel opp i mot spørsmålet om korleis nå den utvida målgruppa for satsinga. Om ein ikkje ser desse to problemstillingane i samanheng, kan dette føre til at ein skaper tiltak som vert meir tilgjengelege for eksisterande brukarar, men som ikkje reduserer terskelen for nye til å ta kontakt eller ta imot tenester.

Det er truleg mange erfaringar knytt til utforming av lågterskeltilbod for familiar andre stader i landet. Vi rår til at styringsgruppa samlar inn slike erfaringar og formidlar dei til dei lokale prosessgruppene. Dei lokale prosessgruppene må finne ut korleis dei vil løyse utfordringane ut frå lokale føresetnader, men dei bør få innspel om mulige alternativ.

FAMILIEPERSPEKTIV

I presentasjonane frå prosessgruppene kom det fram at dei er positive til det tydelege fokuset på heile familiane, og at dei jobbar med å få grep om korleis dei skal omsette dette til praktisk handling. Fleire gav uttrykk for at dei innanfor prosessgruppene manglar ei felles forståing av kva familieperspektivet eigentleg inneber og korleis dette skal kome til uttrykk i utforminga og utføringa av tenesta.

I Oppdragsbeskrivelse for etablering og drift av lavterskeltilbud for gravide og foreldre med rus og psykiske vansker og med barn i alderen 0-6 år vert familieperspektivet

løfta fram i målformuleringane: «fange opp *familier* som sliter med rus eller psykiske vansker» og å gje «tett og tilrettelagt oppfølging etter *familienes* behov» (våre utheingar). Det er såleis klart at det er heile familiar som er målgruppa for satsinga, ikkje einskildpersonane. Utover dette er det ikkje definert kva ein legg i omgrepet «familieperspektiv» og korleis dette skal operasjonaliserast i det praktiske arbeidet.

Spørsmål og råd til det vidare arbeidet

Vi rår til at ein arbeider fram ein tydeleg definisjon av kva det betyr å ha eit familieperspektiv i tenestene, og korleis dette skal kome til uttrykk i det praktiske arbeidet. For å sikre at tenestene ikkje utviklar seg i for ulike retningar, vil vi rår til at det vert laga ei tilråding som seier noko om kva typar tenester som bør vere med i kommunane og korleis desse skal sameinast til ei satsing.

Vi vurderer at det er eit bra grep å bruke omgrepet «familieteam» for bidra til tydeleggjering av kva familieperspektivet handlar om. Dette fordi det implisitt i ordet «team» både ligg ei forståing av samarbeid og eit krav til koordinert samhandling.

BRUKARMEDVERKNAD

Brukarmedverknad ein del av ein europeisk trend som mellom anna kjem til uttrykk i EU-kommisjonen sin helsestrategi (European Commission, 2007) og i EU sitt helsedirektiv (European Parliament, 2011). I følgje grunnlagsdokumenta til Barneblikk skal tiltaka i satsinga ha høg grad av brukarinvolvering og aksept for brukarane sine ønske og behov. Dette gjeld både på individnivå og på systemnivå. På systemnivå tyder dette at tenestene skal utviklast i nært samarbeid med brukarar.

I snart femti år har Arnstein sin «brukarmedverknadsstige» (Arnstein, 1969) blitt nytta for å vurdere brukarmedverknad. Stigen er basert på ein tankegang der profesjonelle og brukarar kjempar om kontroll. I helsetenesta er biletet meir komplisert. Tritter og McCallum (2006) føreslår difor at ein i staden skal tenkje på brukarmedverknad som ein mosaikk av ansvars- og tillitsforhold (accountability) mellom tenesta og brukarane av tenesta. Ein vanleg argument for brukarmedverknad er at profesjonelle og brukarar har ulike og utfyllande kunnskapar. Eit anna argument er at brukarane kan sikre at tenestene er i samsvar med brukarane sine behov. Barneblikksatsinga er i samsvar med desse måtane å tenkje brukarmedverknad på. Brukarrepresentantar medverkar, både i styringsgruppa og i dei lokale prosessgruppene, til at tenesteapparatet kan utvikle og levere betre tenester. Ut frå innlegga på erfaringssamlinga, ser det også ut til at brukarane sin individuelle situasjon, erfaringar og ønskje vert lagt stor vekt på i møta mellom brukar og profesjonell. Brukarane medverkar såleis til å skape gode tenester, både på struktur- og individnivå. Vi tolkar det slik at fokuset på brukarmedverknad gjer at brukarane er til stades i alle «mosaikkflisene» i satsinga.

Brukarmedverknad handlar ikkje berre om å skape gode tenester, men også om medborgarskap, kapasitetsbygging og autonome pasientar. Det er derfor viktig å ha ei meining om samarbeidsrelasjonen til brukarrepresentantane, og ikkje berre resultatet av samarbeidet. Brukarrepresentantane i satsinga vert følgt opp av koordinator, og har fått opplæring knytt til rolla dei skal fylle. Dette er med på å sikre høvet til medborgarskap gjennom kapasitetsbygging. Det er viktig å vere klar over at brukarmedverknad vere problematisk, fordi det kan utfordre dominerande krefter i helsetenestene (Tritter, 2009,s. 275). Innspel frå brukarar kan føre til at organisasjonen må gjere ting på andre måtar, og tidvis endre både organisasjonsstrukturar og oppgåvene (Tait og Lester, 2005). Brukarane si frie rolle i høve til organisasjonen gjer at dei kan stille andre spørsmål og krav enn dei som er ein del av den. Det å legge til rette for at slike spørsmål og krav kjem til overflata og vert tatt vidare er vesentleg for å sikre både reell brukarmedverknad og tenester som er tilpassa brukarane framfor organisasjonen og dei som jobbar i den.

Spørsmål og råd til det vidare arbeidet

Det å vere brukarrepresentant i ei tverrprofesjonell gruppe er krevjande. Ein må difor gjere meir enn å berre styrke brukarane. Ein må også hjelpe dei lokale prosessgruppene med å bruke brukarane sin kompetanse på ein god måte. Vi tilrår difor at styringsgruppa både hjelper dei lokale prosessgruppene som heilskap og brukarane særskilt med korleis dei kan organisere seg på måtar som gjer at brukarane får ei aktiv og kritisk stemme i utviklinga.

Eit anna aspekt ved brukarmedverknad er at den ikkje berre påverkar organiserings- og gjennomføringsvariablane, men også mobiliserings- og læringsvariablane. Dersom involverte brukarar opplever at satsinga tilpassar seg deira behov og krav, kan dette både gi meir energi i mobiliseringsprosessen og sikre at ein får kunnskap om andre aspekt i læringsprosessen.

TIDLEG INNSATS

Tidleg innsats handlar om å kome tidleg på banen, slik at ein kan redusere belastningar for barna og foreldra. På den måten er målet å bidra til betre livskvalitet og ein effektiv og innsparande bruk av ressursar. Dette er grunnleggjande med at ein ikkje let problem utvikle seg slik dei elles kunne gjort. Det er tydeleg at dette er ei utfordring, spesielt med omsyn til å finne ut kven som «går under radaren».

Ulstein og Kristiansund har jordmor som hovuddøropnar for tenestene. Dette vart sett på som ei god løysing, sidan jordmora møter alle fødande. I Ulstein kjem til dømes jordmor heim til familien i løpet av dei første 48 timane etter heimkomst frå fødeavdeling. Kristiansund poengterte at ein må ha mot til å stille dei vanskelege spørsmåla under slike besøk, slik at ein fangar opp dei som treng det. Ei sentral utfordring er at andre tenester manglar kunnskap for å identifisere familiar som kunne fått hjelp i Barneblikk. Også frivillige organisasjonar ser barn, og det er viktig

desse kjenner til Barnebliksatsinga og veit korleis dei kan ta kontakt når dei ser familiar som treng støtte. Vidare vart det poengtert at kartleggingsverktøy og eit rikt tilbod frå ulike tenester er føresetnader for eit godt tilbod. Molde rapporterte om at dei har ei rekkje tiltak som er relevante, t.d. «tidleg tverrfagleg tilbod/TTT» og rettleiingsteam i barnehagane. På den andre sida opplever dei at dei har ein veg å gå fram til dit dei ønskjer.

Spørsmål og råd til det vidare arbeidet

Alt i alt ser vi at det er fokus på tidleg innsats, og at ein har mykje å spele på i kommunane, både i form av tenester og kompetanse. Innhaldet i dette punktet verkar med andre ord å vere på plass. Det ligg likevel ei utfordring i det å finne fram til dei familiare som er i målgruppa for tiltaket.

TVERRPROFESJONELLE TENESTER

Tverrprofesjonelle tenester krev at ein har tilgang til personell med kompetanse til å oppfylle tenesta sitt føremål, men også at det er eit godt samarbeid mellom dei involverte. Alle tenester som treff enten born eller vaksne i familien er relevante samarbeidspartnarar for familietema, enten dei høyrer til i offentleg, privat eller frivillig setor.

Tverrprofesjonelt samarbeid er ofte både komplekst og krevjande sidan ulike profesjonar, ulike praksisar og ulike tradisjonar skal forstå kvarandre nok til å kunne samarbeide om ei felles løysing. Dette er generelle problem innan feltet, og det er såleis naturleg at dei lokale prosessgruppene rapporterer om utfordringar knytt til dette. Trass i utfordringar, er alle prosessgruppene samstemte i at tverrprofesjonelle tenester er svært viktig for målgruppa.

Spørsmål og råd til det vidare arbeidet

Alle gruppene arbeider tverrprofesjonelt og alle har allereie tverrfaglege team som dei samarbeider med på ein eller annan måte. Men lokale forhold og personlege relasjonar har mykje å seie for kven ein får til godt samarbeid med. Her er skiljet mellom spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta viktig. Molde har kome eit godt stykke på veg her, ved at spesialisthelsetenesta er samlokalisert med dei andre i satsinga ein dag i veka.

Inntrykket er at dei lokale prosessgruppene har både nødvendig forståing for, vilje og evne til å arbeide vidare med det tverrprofesjonelle samarbeidet. Den viktigaste utfordringa ser ut til å vere korleis samhandlinga mellom kommunalt nivå og spesialisthelsetenesta skal skje. Det er difor viktig at satsinga samlar erfaringar og på grunnlag av dette utviklar modellar for korleis dette samarbeidet kan ta form.

TANKAR OM VEGEN VIDARE

Vi har identifisert tre område vi meiner vil vere særleg viktige å ta omsyn til i det vidare arbeidet:

- Målgruppedefinering
- Organisatorisk og fysisk plassering
- Mobilisering, motstand og støtte
- Tenestinnovasjon

MÅLGRUPPEDEFINERING

Mange av dei lokale gruppene melder om at dei har diskutert målgruppa for satsinga. Diskusjonane handlar om to forhold. For det første er det slik at sjølv om målgruppa er definert i grunnlagsdokumenta, er det behov for vidare spesifisering og avgrensing ute i kommunane. Her handlar diskusjonane om kor alvorlege problema i familiane kan vere. På samlinga vart det sagt at familiane med det mest alvorlege problembiletet allereie vert fylgt opp, og at Barneblikksatsinga rettar seg mot familiar med moderate vanskar (jf. også Årleg melding om Barneblikk, for 2017). I praksis blir spørsmålet dermed kven som skal ha eit tilbod i tillegg til dei som har i dag. Vidare må det diskuterast nærare korleis «moderate vanskar» skal forståast og korleis dette kan identifiserast.

For det andre handlar målgruppediskusjonane om korleis ein skal «finne» dei som høyrer til i målgruppa. På samlinga i Molde peika fleire på at ein har oversikt over ein god del av målgruppa, men at det er ei vesentleg utfordring at det likevel er mange ein ikkje veit om. Representantane frå Ålesund poengterte at «alle» i kommunen og spesialisthelsetenesta skal vere med å finne desse familiane, men at det er ei rekkje faktorar som er utfordrande i dette. Ein faktor er kjennskap til tilbodet; det vert viktig å spreie informasjon om tilbodet, slik at både innbyggjarane og dei tilsette i kommunen og i spesialisthelsetenesta veit om tilbodet. Ein annan faktor handlar om at det er barrierar knytt til det å melde ifrå. Representantane for Legar med Barneblikk peika på at det er viktig at satsinga leier fram til ei tilbod som det er «kjekt å henvise til». Eit godt hjelpetilbod, som er godt kjent og har godt omdømme er viktig for at legar og andre skal ta kontakt og melde behov. Vidare vart

barnehagane trekt fram som ein viktig arena for det å sjå både borna og foreldra, men at desse både må vere merksame på signal som kan tyde på at ein kan ha nytte av hjelp, og ha kunnskap om at satsinga kan ha hjelp som passar.

Ulstein og Kristiansund har valt å utvide målgruppa til familiar det er tale om valdsproblematikk. Kristiansund har også inkludert unge einslege mødrer. I oppstartfasen av tilbodet, har Ulstein valt å avgrense målgruppa til å gjelde familiar med born 0-2 år. Dette handlar først og fremst om kapasitetsomsyn, og dei ser at denne avgrensinga kan vere for snever. «Legar med Barneblikk» var også urolege for aldersavgrensinga på 0-6 år. For fastlegane kan det ofte vere slik at pasientane sine rus- og psykiske helseproblem, og verknadene desse har på familiemedlemmane, vert avdekka når barna til pasientane er langt eldre enn 6 år. Dei ønskjer derfor ei god teneste å vise vidare til også i desse sakene.

Vurderingar og råd

Vi rår til at satsinga utviklar måtar å identifisere målgruppa. Målsetjinga med lågterskeltilbodet er i følge oppdragsbeskrivelsen at ein skal fange opp familiar som slit med rus eller psykiske vanskar. Det som synast særleg utfordrande er korleis ein kan innfri det å «fange opp». Hovudutfordringa er altså å finne fram til familiare som er i målgruppa. Korleis ein gjer dette, må tilpassast lokale tilhøve. På den andre sida kan det vere erfaringar andre stader i landet ein kan hente inspirasjon frå. Dette meiner vi at styringsgruppa bør sjå nærare på.

ORGANISATORISK OG FYSISK PLASSERING SOM GRUNNLAG FOR SAMARBEID

Det er interessant at Barneplikksatsinga får nokså ulike uttrykk i dei fire byane i Møre og Romsdal. Alle dei fire kommunane er i mai 2018 i ein mobiliseringsfase, på veg over i organiseringsfasen. Det er likevel ulikt kor langt arbeidet har kome i dei fire kommunane og i kva grad dei har fått mobilisert dei ønska delane av tenesteapparatet. Kristiansund har i fleire år hatt ei organisering og ein arbeidsmåte som på mange måtar er i tråd med Barneblikk. Dei har i fleire år hatt eit forsterka, tverrfagleg helsestasjonstilbod retta mot målgruppene i Barneblikk, og framover vil det handle om å byggje vidare på dette tilbodet. For Kristiansund vil det vere viktig å vidareutvikle familieperspektivet i tenesta. Dette inneber at ein i større grad jobbar med både barna og dei vaksne sine behov samtidig. For å få til dette, ønskjer dei å styrkje tilbodet med vaksenpsykiatrisk kompetanse frå spesialisthelsetenesta. Tenesta søker såleis å utvide mor-barn-blikket til å innlemme heile familien, og rettar seg såleis mot eitt av dei sentrale fokusområda i Barneblikk. Det å auke fokuset på den nære konteksten barnet er i – familien – og dei ressursane og utfordringane som finst der, er eit viktig bidrag til å barnet sin omsorgssituasjon.

I Molde og i Ulstein har dei valt modellar som liknar på Tverrfagleg helsestasjon, på den måten at dei byggjer vidare på eksisterande helsestasjonstilbod. I Ålesund har dei valt ein litt annan modell, der det er tenkt at ein person skal arbeide på tvers av

alle teama som ligg under Ressursbasen. Ein har altså valt å leggje funksjonen i ei teneste som ligg ved sidan av helsestasjonen, og ikkje inn i helsestasjonen.

Vurderingar og råd

Ei særleg styrke ved modellen ein er i ferd med å byggje opp i Molde, er at medlemmane av det tverrfaglege familieteamet vil sitje saman og arbeide med konkrete saker ein gong i veka. Ved å vere samlokaliserte ein fast vekedag, får ein etablert eit arbeidsfellesskap på tvers av tenester og nivå. I slike arbeidsfellesskap vil det vere lettare å oppnå tillit og gjensidig forståing mellom profesjonsutøvarar i ulike tenester. Dette legg til rette for at profesjonsutøvarane får til å dele av sin eigen og nyttegjere seg av dei andre profesjons-utøvarane sin kompetanse. Den som har dei daglege møta med brukaren tek med seg kunnskapen om brukaren sine utfordringar, historie og kontekst inn i møtet og får dei andre profesjonsutøvarane sine perspektiv på moglegheitene og utfordringane i den einskilde familien. På denne måten kan ein få ei fleirfagleg forståing av dei livsutfordringane familiane står i og korleis ressursane i og rundt familiane kan mobiliserast. I tillegg til at dette mest truleg fører til ei betre teneste for den det gjeld, vil dei involverte tenestene få utvida forståing for kvarandre. Denne kjennskapen gjer at ein kan samarbeide lettare i nye saker, og det vil bidra til kompetanseoverføring mellom dei involverte partane. Med ei brei nok samansetting av teamet, kan denne teammodellen også gjere det lettare å sjå heile familien sine behov.

På erfaringssamlinga vart det av fleire trekt fram at ein må begynne «der ein er» og byggje vidare på dei tenestene ein har. Det vart også trekt fram at ein treng einskildpersonar i organisasjonane som har engasjement og vilje til å arbeide med satsinga, og somme tider vert slike omsyn viktige for avgjerslene om organisering. Vi oppfatta det slik at dette var eitt element i Ålesund sine diskusjonar om plassering. I diskusjonane i nokre av gruppene på slutten av samlinga vart det peika på at det ligg ei sårbarheit i å knyte satsinga til einskildpersonar som skal arbeide på tvers, framfor heile tenester eller team. Om ein eller to personar får ansvar for å bere satsinga i si kommune, vil det vere risiko for at ein ikkje får til å implementere det systematiske og vedvarande arbeidet som krevst for at barneblikk skal verte noko anna enn eit tidsavgrensa prosjekt. Det å plassere satsinga innanfor eit team eller ei teneste, vil gjere tenesta meir synleg og kan gjere det lettare for samarbeidspartar å oppdage og ta kontakt med tilbodet.

Ein illustrasjon på denne tenkinga kom i innlegget Legar med barneblikk hadde på samlinga i Molde. Fastlegane ønskjer eit telefonnummer dei kan ringe til: eit fast og stabilt tilbod der det er fagfolk dei kan diskutere med og vise vidare til. Om det finst eit kjent og godt lågterskeltilbod dei kan vise vidare til, kan dette bidra til at fleire legar tør å sjå meir og spørje meir. Dette er avgjerande for å nå målet om å fange opp familiar som slit med rus eller psykiske vanskar, og hindre at barn tar skade av foreldra sine vanskar.

MOBILISERING, MOTSTAND OG STØTTE

Barneblikk er eit utviklings- og innovasjonsarbeid, der ein vil etablere tenestetilbod og arbeidsmåtar som gjer samhandlinga mellom tenester betre og som gjer at dei som *ser* familiar med utfordringar tør å gjere noko. Spørsmålet er *korleis* ein skal setje denne satsinga ut i livet og ikkje *om* ein skal gjere det. Tilbodet skal etter kvart vere tilgjengeleg i alle kommunar, og ein må i løpet av dei næraste åra finne måtar å forankre og sikre drifta på tvers av forvaltningsnivå.

Vi ser det som viktig at styringsgruppa er tydelege på at Barneblikk er ei varig satsing, og at dette er noko anna enn dei mange kortvarige prosjekta det vert arbeidd med i kommunane. Påpeikinga av at Barneblikksatsinga ikkje er noko ein kan velje vekk er nødvendig, men vi ser også at dette kan bli møtt med motstand. For dei som har definert seg innanfor satsinga, kan påpeikinga byggje opp under kjensla av at dette er eit viktig arbeid som det er verdt å legge ekstra innsats i og som ein kan vere stolt av å vere del av. For dei som enno ikkje er fortrulege med satsinga, og som arbeider i tenester der det allereie er betydelege utfordringar knytte til ressursar og organisering, kan denne påpeikinga også føre til motstand.

Denne type motstand vart det også rapportert om på samlinga i Molde. Sjølv om ein er samde i at satsinga har legitime og viktige mål, har det i einskilde kommunar vore skepsis til kva som eigentleg er det nye i satsinga og korleis det er tenkt at denne skal setjast ut i praksis. Har satsinga noko å «tilby» kommunane? Er det mulig å få satsinga til å fungere innanfor eksisterande organisering, eller må det vesentlege omorganiseringar til? Kvar skal ressursane til å gjere slike omorganiseringar takast frå?

I Ålesund kommune opplevde dei det som utfordrande at initiativet til satsinga kom «utanfrå og ovanfrå», og at behovet ikkje vaks fram frå tenestene i kommunen. Barneblikk var ikkje noko dei sjølve fann på og tok initiativ til, og det var difor naudsynt med ein lenger dialogprosess med Barneblikk-koordinator Mette Grytten for å byggje opp motivasjon og legitimitet for satsinga. Også i Molde kommune hadde dei kjent på ein slik skepsis, og dei hadde trengt tid til å verte fortruleg med satsinga og å sjå kva for potensiale denne kunne ha for deira verksemd. Det at Volda kommune ikkje har respondert på initiativa frå Barneblikk-koordinatoren kan kanskje også lesast som uttrykk for slik skepsis.

Vurderingar og råd

Satsinga handlar i røynda om tenesteinnovasjon i kommunane. Slik innovasjon må byggje på det som er der. Kommunane arbeider med desse problemstillingane i det daglege, og satsinga representerer forsterking av det som allereie er. Då vert det viktig å synleggjere kva som er helseføretaket/spesialisthelsetenesta sitt bidrag. Det at fagpersonar i spesialisthelsetenesta går inn og gjer kvardagen for kommunane enklare er såleis truleg ein god strategi, men det krev ein samtidig tenesteinnovasjon i spesialisthelsetenesta.

Innspela frå kommunane synleggjer at arbeidet med å skape støtte til og engasjement for satsinga krev innsats over tid. Eit viktig element i dette er å anerkjenne den jobben som allereie vert gjort i kommunane for å oppdage og hjelpe familiar som slit med rus eller psykiske vanskar. Kommunane arbeider med desse problemstillingane i det daglege, og Barneblikk-satsinga representerer såleis ikkje noko heilt nytt, men handlar om ei forsterking av fokuset på å oppdage og setje i verk hjelpetiltak i familiar der vanskaner er milde eller moderate. Det er dermed viktig at Barneblikk-koordinator og styringsgruppa formidlar informasjonen om kva som er nytt og spesielt for Barneblikk. Informasjonen bør formidlast på ein måte som viser at ein kjenner og anerkjenner det arbeidet som vert gjort i kommunane, og som hjelper kommunane å sjå korleis satsinga kan bidra til at dei kan vidareutvikle og betre tilboda dei har. Kanskje kan det å tilby undervisning om kva som konkret ligg i dei fem hovudpunkta i satsinga (lågterskel, tidleg innsats, tverrfagleg, familieperspektiv og brukarmedverknad) vere eit grep for å forankre satsinga i kommunane. Dersom ein kan få til teoretisk informerte og forskingsbaserte undervisningsopplegg knytt til desse punkta, kan dette både verke mobiliserande og det kan gje fagleg påfyll i tenestene. Slike opplegg kan bidra til å definere og skape forståing for innhald og nyansar i Barneblikksatsinga, og for utviklingspotensiala i egne tenester. Vidare er det viktig å synleggjere kva helseføretaket/spesialisthelsetenesta sitt bidrag inn i satsinga er. Det vil ikkje vere nok at ein har ein Barneblikk-koordinator; det at fagpersonar i spesialisthelsetenesta får roller og ansvar saman med dei kommunalt tilsette, er opplagt fagleg nyttig, og det kan også ha ein viktig mobiliserande funksjon.

Vi ser det som sentralt at satsinga held fram med å ha ein koordinator som reiser rundt i fylket for å arbeide med mobilisering. Samstundes bør koordinatoren ha ein støttefunksjon for dei kommunane som er i gang med å implementere tenkinga i sine organisasjonar. Det vil truleg krevje langsiktig arbeid å få perspektiva frå Barneblikk betre integrert i den daglege tenkinga og arbeidsmåtane. Derfor er det viktig at prosessane i kommunane vert fylgt og støtta over lenger tid.

TENESTEINNOVASJON

Familieperspektivet i Barneblikk gjer at brukarmedverknad, tverrprofesjonelle tenester, førebygging, tidleg innsats og heilskapleg tenking er viktig. Det som held alt dette saman, er tanken om ei samskaping av det barn og familie har behov for i samarbeid med familien. I samhandlinga med familien handlar tenesteinnovasjonen om utvikling av ei samarbeidsform som hjelper foreldra til å utvikle foreldrerolla. Når ein slit med eiga psykisk helse og/eller rus, kan dette vere vanskeleg, men det er ikkje uråd når hjelparane tek ei hjelperolle som byggjer på kapasitetsbygging og meistring framfor diagnostisering og behandling. Som hjelpar løyser ein dermed ikkje situasjonar, men bidreg til at hjelpesøkjaren løyser dei på ein måte som er så god som råd ut frå deira føresetnader. Når ein lukkast med dette, byggjer ein

foreldra si meistringsevne og sjølvkjensle. Innan både rus og psykisk helse veit ein at dette er viktige styrande parameter for sjukdomsutvikling.

Vurderingar og råd

For at ein skal lukkast med dette treng ein tenesteinnovasjon knytt til 1) samhandling med familien, 2) tverrprofesjonelle samarbeidsformer og 3) organisatoriske samarbeidsformer.

Det er mykje kunnskap og erfaring med ei salutogen tilnærming i tenestene, men å få denne til å vere eit resultat av ein koordinert, tverrfagleg innsats på tvers av profesjonar og organisasjonar synast utfordrande. Det er ei utfordring at ein skal sameine til dømes faglege tilnærmingar, organisering, tradisjonar, organisatoriske krav og kommunikasjonslinjer til felles innsats. Barneblikksatsinga har i prinsippet tilgang til fagpersonar frå så og seie heile hjelpeapparatet. Dette gir eit unikt høve til å yte rett hjelp til rett tid, men ein treng tenesteinnovasjon for å finne ut korleis ein skal gjere det.

Sidan satsinga er plassert i kommunane men med støtte frå spesialisthelsetenesta, må ein også finne fram til korleis ein kan samarbeide på organisatorisk plan. Utfordringane strekkjer seg frå endra rolleforståing til tekniske løysingar. Om ein skal lukkast i dette, må ein byggje på det som allereie er. Kommunane arbeider med desse problemstillingane i det daglege, og satsinga representerer forsterking av det som allereie er. Då vert det viktig å synleggjere kva som er helseføretaket/spesialisthelsetenesta sitt bidrag. Det at fagpersonar i spesialisthelsetenesta går inn og gjer kvardagen for kommunane enklare er såleis truleg ein god strategi, men det krev tenesteinnovasjon i spesialisthelsetenesta ved at ein finn fram til korleis dette kan løysast innanfor dei rammene ein har i dag.

OPPSUMMERING

Kort oppsummert, bør Barneblikksatsinga:

Spesifisere kva lågterskel vil seie og korleis dette skal operasjonaliserast:

- Hente inn erfaringar knytt til utforming av lågterskeltilbod for familiar andre stader i landet og gje dei lokale prosessgruppene innspel om mulige alternativ
- Særleg bør det avklarast kva «opningstid som er tilpassa målgrupper og formål» og «tilgjenge for alle» inneber

Definere kva som ligg i «familieperspektiv»

- Korleis skal familieperspektivet kome til uttrykk i det praktiske arbeidet?
- Kva typar tenester bør vere med og korleis skal dei sameinast til ei satsing?

Hjelp dei lokale prosessgruppene med korleis dei kan organisere seg på ein måte som gjer at brukarane får ei aktiv stemme i utviklinga

Det vert jobba med alle dei fem satsingsområda i Barneblikk: Lågterskel, familieperspektiv, brukarmedverknad, tidleg innsats og tverrprofesjonelle tenester. Det er likevel tydeleg at satsinga er ung, og at innhaldet enno er noko uklart. Dei fem fokusområda til satsinga treng i ulik grad oppfølging. *Tidleg inn og tverrprofesjonelle tenester* er dei områda som står fram som best ivaretekne. Sjølv om det er forbettringspotensiale også på desse områda, vurderer vi at desse er dei «minst kritiske» å ta hand om. Med omsyn til dei tre andre, ser vi større utfordringar.

Ein særleg viktig bodskap å ta med seg inn i det vidare arbeidet, er at Barneblikksatsinga skal leie fram til ei tilbod som det er godt å kome til og «kjekt å henvise til». Det å få til å utforme eit hjelpetilbod som er godt kjent, har godt omdømme og som det ikkje er knytt frykt til er sentralt for å nå målsettingane i satsinga. Det å vite at der er ei teneste som kan hjelpe, kan gjere at fleire tør å sjå etter og oppdage barn som vert påverka av foreldra sine psykiske vanskar eller bruk av rusmiddel. Dette er ein sentral del i det å byggje ned terskelen for å ta kontakt – både for familiane som treng hjelp, for pårørande og for profesjonelle.

Det vil være ein særleg styrke om medlemmane av dei tverrfaglege familieteam kan sitje saman og arbeide med konkrete saker på jamleg basis. Ved å vere samlokaliserte på faste dagar, kan ein få etablert eit arbeidsfellesskap på tvers av tenester og nivå. I slike arbeidsfellesskap vil det vere lettare å oppnå tillit og gjensidig forståing mellom profesjonsutøvarar i ulike tenester. Dette skaper betre vilkår for fleirfaglege forståingar av utfordringane familiane står i og korleis ressursane i og rundt familiane kan mobiliserast. Med ei brei nok samansetting av teamet, kan denne teammodellen gjere det lettare å sjå heile familien sine behov. I tillegg til kan den nære kjennskapen tenestene får til kvarandre, bidra til at ein lettare tek initiativ til samarbeid i nye saker.

Vi ser vidare at det ligg ei sårbarheit i å knyte satsinga til einskildpersonar som skal arbeide på tvers, framfor heile tenester eller team. Om ein eller to personar får ansvar for å bere satsinga i si kommune, vil det vere risiko for at ein ikkje får til å implementere det systematiske og vedvarande arbeidet som krevst for at barneblikk skal verte noko anna enn eit tidsavgrensa prosjekt. Det å knyte satsinga for nær opp til ein eller to personar vil også gjere arbeidet sårbart for sjukmeldingar eller anna type fråver. Det å plassere satsinga innanfor eit team eller ei teneste, vil gjere tenesta meir synleg og kan gjere det lettare for samarbeidspartar å oppdage og ta kontakt med tilbodet.

Nokre spørsmål til ettertanke:

Korleis kan ein skape tydelegare innhald i dei fem innhaldsområda?

Korleis kan ein legge til rette for at det vert høg kvalitet på tenestene med omsyn til dei fem innhaldsområda?

Korleis kan ein identifisere og avgrense målgruppa på ein teneleg måte?

Korleis kan ein spreie informasjon om tilbodet, slik at innbyggjarar, tilsette i kommune, tilsette i spesialisthelsetenesta og leiarar i frivillige organisasjonar veit om det?

Korleis kan ein skape godt omdømme, slik at Barneblikk-tilboda vert «kjekke å henvise til».

Korleis kan ein formidle innhaldet i Barneblikk på ein måte som anerkjenner det arbeidet som vert gjort i kommunane og på same tid hjelper kommunane til å sjå satsinga er ein ressurs for dei?

Korleis kan ein støtte opp om tenesteinnovasjon som samskaping mellom kommunar og spesialisthelseteneste?

REFERANSAR

- Amdam, R. (1997). Empowerment Planning in Local Communities: Some Experiences from Combining Communicative and Instrumental Rationality in Local Planning in Norway. *International Planning Studies*, 2(3), 329-345.
- Amdam, R. (2005). *Planlegging som handling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Arnstein, S. R. (1969). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners (JAIP)*, 35(4), 216-224.
- European Commission. (2007). Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013.
- European Parliament. (2011). DIRECTIVE 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare.
- Friedmann, J. (1992). *Empowerment : the politics of alternative development*. Cambridge, Mass.: Blackwell.
- Habermas, J. (1984). *The theory of communicative action*. Boston, Mass.: Beacon Press.
- Hagen, T. (1991). *Bygdeutvikling i kontortida : en evaluering av Hjørundfjordprosjektet*. Volda: Møreforskning.
- Tait, L., & Lester, H. (2005). Encouraging user involvement in mental health services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 168-175.
- Tritter, J. Q. (2009). Revolution or Evolution: the challenges of conceptualising Patient and Public Involvement in consumerist world. *Health Expectations*, 12, 275-287.
- Tritter, J. Q., & McCallum, A. (2006). The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy*, 76(2), 156-168. doi:S0168-8510(05)00131-4 [pii] 10.1016/j.healthpol.2005.05.008

